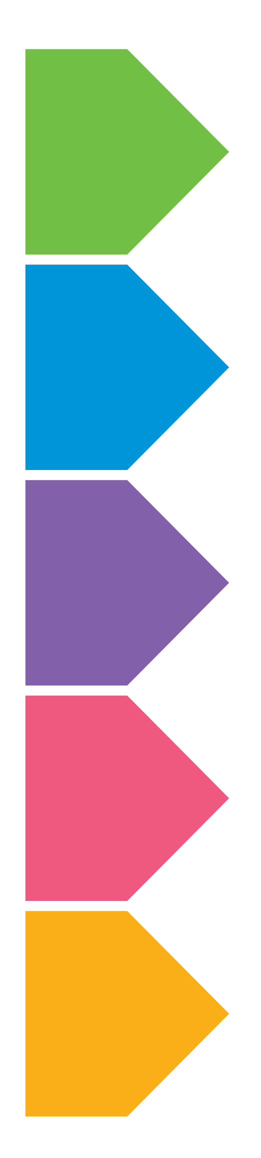
2015

Statuts et règlements mutualistes

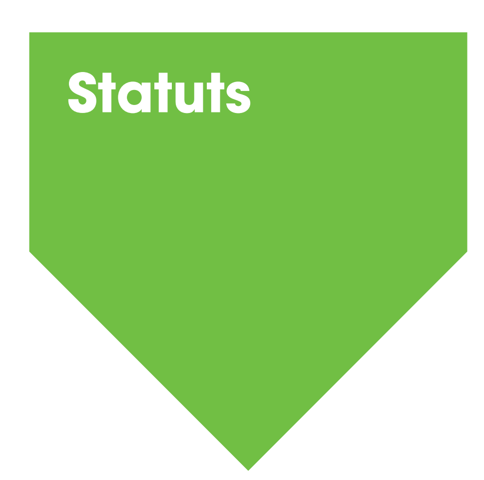
mgen

2015



Statuts et règlements mutualistes

Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale



Titre 1
Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1
Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Il est établi par les membres adhérents aux présents statuts une mutuelle, dénommée Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), groupement de personnes de droit privé à but non lucratif.

La MGEN est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399.

La mutuelle a été créée le 8 décembre 1946 sous l'égide de mutuelles existant antérieurement et d'organismes syndicaux ressortissant aux personnels de l'Education nationale.

La MGEN est agréée par l'arrêté du ministre chargé de la Mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max-Hymans (15e arrondissement).

Article 3 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet, directement ou indirectement :

1 - de prévenir les risques sociaux liés à la personne et d'assurer la réparation de leurs conséquences au moyen de prestations en nature et en espèces ;

2 - d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées et d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie ;

3 - de favoriser le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ;

4 - de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;

5 - d'apporter la caution de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;

6 - de mettre en oeuvre une action sociale ;

7 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

8 - d'assurer le service des prestations de la Sécurité sociale par l'intermédiaire de ses sections départementales constituant des sections locales des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ;

9 - de participer à la gestion des actions sociales du ministère de l'Education nationale ou de tout employeur public ayant une activité visée à l'article 7 des présents statuts ;

10 - de participer à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle dans les conditions prévues par ce texte ainsi que ses dispositions d'application.

La MGEN peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires et sociales.

La MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

La MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut accepter en réassurance les engagements mentionnés à l'article L. 111-1 - I - 1° a) à 1° e) du Code de la mutualité.

Elle peut, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

La mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le Code de la mutualité.

Elle peut :

- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Délégation de gestion

La MGEN peut, en application des dispositions de l'article L.116-3 du Code de la mutualité, déléguer tout ou partie de la gestion des adhésions, cotisations et prestations des contrats collectifs qu'elle conclut.

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

Chapitre 2
Conditions d'admission, de démission et de résiliation

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1° Champ de recrutement individuel

La MGEN est la mutuelle des personnels des fonctions publiques, des établissements publics et organismes privés sans but lucratif, à caractère laïque et non confessionnel œuvrant dans les secteurs d'activités suivants :

- éducation,
- enseignement scolaire et universitaire,
- santé scolaire,
- information et orientation scolaire,
- formation et insertion professionnelle,
- apprentissage,
- culture,
- patrimoine,
- recherche,
- écologie et développement durable,
- jeunesse et sports.

Ce champ de recrutement comprend :

- les fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant l'une des activités précitées au sein de l'une des fonctions publiques, d'un établissement public ou d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel,
- l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein d'une collectivité publique (ministère, collectivité territoriale ou établissement public) ou d'un de ses services dès lors que cette collectivité ou son service a compétence dans l'un des secteurs d'activités précités,
- l'ensemble des salariés exerçant au sein d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, dédié à l'une des activités précitées.

Le champ de recrutement comprend également :

- les étudiants préparant les concours de l'Education nationale et remplissant les conditions cumulatives suivantes :
  - ne pas relever du champ de recrutement de la MGEN tel que défini aux deux précédents paragraphes du présent article, en tant que membre participant ou bénéficiaire enfant étudiant ou bénéficier du dispositif Emplois d'Avenir Professeur,
  - être inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur,
  - être affilié au régime de Sécurité sociale des étudiants ou pour les étudiants salariés, être affilié à un régime salarié ou être affilié à un autre régime de Sécurité sociale, dans la limite de l'âge d'affiliation au régime étudiant,
  - être inscrit à l'un des concours de l'Education nationale.

  Les étudiants relevant de cette catégorie ne sont pas éligibles au règlement mutualiste ***M****GENERATION Initiale*.
- les personnels de la MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN.

Les fonctionnaires et agents non titulaires relevant du champ de recrutement peuvent adhérer à la MGEN dès lors qu'ils sont dans l'une des positions statutaires suivantes : activité, détachement, mise à disposition, position hors cadre ou congé parental.

2° Champ de recrutement collectif

Les personnes définies à l'article 7-1° des statuts peuvent adhérer à la MGEN dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif facultatif ou obligatoire.

Dans ce cas, l'adhérent bénéficie exclusivement de l'offre prestataire proposée dans le cadre d'une adhésion individuelle.

Les personnes auxquelles une adhésion à titre collectif est proposée ne peuvent prétendre à une adhésion à titre individuel à la MGEN.

Article 8 - Modalités d'adhésion

1° Adhésion individuelle

Adhèrent à la mutuelle, à titre individuel, en qualité de membres participants, les personnes :

- visées à l'article 7-1° des statuts,
- exerçant à ce titre leur activité principale,
- justifiant des conditions de délai mentionnées à l'article 9 des statuts,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'adhésion.

Est considérée comme activité principale l'activité unique de l'adhérent ou, dans le cadre de l'exercice de plusieurs activités, celle qui représente au minimum 50% de l'horaire normal de la catégorie à laquelle est rattaché l'adhérent, et qui permet par ailleurs, et du fait de cette activité, l'ouverture des droits Sécurité sociale.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent, à leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, être membres participants de la mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal.

2° Adhésion au titre d'un contrat collectif

Adhèrent à la mutuelle, dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif, en qualité de membres participants, les personnes visées à l'article 7-2° des présents statuts :

- justifiant des conditions de délai mentionnées à l'article 9 des statuts,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'inscription.

Article 9 - Adhésion en qualité de membre participant

Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion à la date où le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par la section départementale.

Pour toute personne relevant du champ de recrutement défini à l'article 7 des statuts, sous réserve du respect des modalités d'adhésion mentionnées à l'article 8-1° ou 8-2° des statuts et du délai d'adhésion explicité au paragraphe ci-après, l'adhésion à la mutuelle s'effectue :

- sans limite d'âge,
- sans stage,
- sans droit d'entrée,
- sans justificatif médical.

1° Délai

La demande d'adhésion doit se faire au plus tard :

a) le 31 décembre de l'année qui suit celle de l'entrée dans le champ de recrutement défini à l'article 7 sous réserve que les conditions d'adhésion visées à l'article 8-1° ou 8-2° soient remplies ;

b) dans les trois mois qui suivent le décès du membre participant pour la veuve ou le veuf bénéficiaire conjoint de ce dernier.

2° Demandes d'adhésion intervenues au-delà du délai défini au 1° du présent article

Le conseil d'administration examine les demandes des personnes ayant fait l'objet d'un refus d'adhésion pour dépassement du délai. Toute décision favorable est assortie de délais d'attente et d'une participation de solidarité correspondant à 2 mois de cotisation par année non cotisée. Dans tous les cas, la participation de solidarité ne peut pas être supérieure à 24 mois de cotisation.

Les dispositions de l'alinéa 1 du 1° et du 2° du présent article ne s'appliquent pas aux membres participants du règlement mutualiste ***M****GENERATION Initiale*.

Article 10 - Membres participants

Les membres participants sont ceux qui, par le paiement régulier de leur cotisation, acquièrent ou font acquérir à leurs bénéficiaires vocation aux avantages assurés par la mutuelle.

Le membre participant de la MGEN, adhérent à la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, est membre participant de toutes les mutuelles qu'elle a créées en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité : MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia. Il n'a pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs

II - Les étudiants préparant les concours de l'Education nationale tels qu'ils sont définis à l'article 7 des présents statuts.

III - Les membres participants retraités :

1) Le fonctionnaire qui adhérait à la MGEN au moment de la cessation de son activité et qui perçoit une pension de l'administration.
2) Le retraité du régime général ayant acquis la qualité d'adhérent pendant la période d'activité.

IV - Les membres participants rattachés à la Section extra métropolitaine (SEM)

Les membres participants rattachés à la SEM, actifs, retraités, veufs et veuves, sont répartis en deux groupes ainsi définis :

1) Les personnes bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) tant en France qu'à l'étranger,
2) Les personnes bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) partielle, soit en France, soit à l'étranger.

V - Les membres participants « maintenus », en situation de cessation temporaire d'activité pour congé parental, convenance personnelle ou disponibilité.

VI - Les membres participants veufs

Le veuf ou la veuve d'un membre participant peut faire partie de la MGEN en tant que membre participant s'il appartenait à la MGEN au décès du membre participant, en qualité de bénéficiaire.

Le règlement mutualiste ***M****GENERATION Initiale* ne prévoit pas les catégories II et IV.

Article 11 - Membres bénéficiaires

I. Les bénéficiaires conjoints

1. Dispositions générales

Le membre participant peut étendre la couverture familiale :

- à son conjoint,
- à son partenaire lié par un PACS,
- ou à son concubin vivant à son domicile,

dès lors que celui-ci est assuré social ou ayant droit Sécurité sociale.

Ce dernier acquiert alors la qualité de bénéficiaire conjoint.

L'extension de la couverture familiale doit se faire au plus tard le 31 décembre de l'année suivant celle :

- de la date d'adhésion du membre participant,
- ou de la date de mariage, d'enregistrement du PACS, du début de concubinage.

Le membre participant, séparé de son conjoint, peut lui conserver la couverture familiale et l'étendre à son concubin vivant à son domicile.

L'extension de la couverture familiale ne peut être accordée au conjoint, au partenaire lié par un PACS ou au concubin remplissant les conditions d'adhésion en tant que membre participant.

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires conjoints de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle telles que définies au(x) règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

2. Disposition particulière

Le conseil d'administration examine les demandes d'extension de la couverture familiale ayant fait l'objet d'un refus pour dépassement du délai défini au paragraphe 1 du présent article. Toute décision favorable est assortie de délais d'attente et d'une participation de solidarité correspondant à 2 mois de cotisation par année non cotisée. Dans tous les cas la participation de solidarité ne peut pas être supérieure à 24 mois.

Les dispositions de l'alinéa 3 du 1. et du 2. du présent article ne s'appliquent pas aux bénéficiaires conjoints du règlement mutualiste ***M****GENERATION Initiale*.

II. Les bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

L'enfant, s'il n'est pas assuré social doit être ayant droit à la charge du membre participant ou à celle de son conjoint (à condition que celui-ci soit mutualiste MGEN).

L'enfant doit par ailleurs répondre à l'une des situations suivantes :

1. Être âgé de moins de 18 ans
   - et le cas échéant, avoir un salaire annuel inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite (SMAL) retenu par les caisses d'allocations familiales.
2. Être âgé de 18 ans à 28 ans, et
   - malade à charge ou,
   - sans emploi ou,
   - dont le salaire annuel est inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite (SMAL) retenu par les caisses d'allocations familiales.
3. Sans condition d'âge
   - si l'enfant bénéficie de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables et dispose d'un salaire inférieur à 165 % du SMAL,

Sont exclus de cette catégorie, les enfants remplissant les conditions requises pour être admis dans la catégorie des bénéficiaires étudiants définie au III du présent article.

Peuvent être bénéficiaires enfants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin. Les bénéficiaires enfants peuvent être des enfants légitimes, naturels reconnus ou non, adoptés, ou ayants droit Sécurité sociale en qualité d'enfants recueillis.

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires enfants de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle telles que définies au(x) règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

III. Les bénéficiaires enfants étudiants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant étudiant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant étudiant, si ce dernier répond aux conditions suivantes :

- avoir 16 ans ou plus avant la date du 1er octobre de l'année universitaire en cours,
- être affilié au régime de Sécurité sociale des étudiants,
- percevoir un salaire annuel inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite (SMAL) retenu par les caisses d'allocations familiales.

Peuvent être bénéficiaires enfants étudiants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin. Les bénéficiaires enfants étudiants peuvent être des enfants légitimes, naturels reconnus ou non, adoptés, recueillis.

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires enfants étudiants sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle telles que définies au(x) règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Article 12 - Modalités d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Toute demande d'adhésion et/ou d'extension de la couverture familiale doit être adressée au comité de section à qui il appartient de statuer.

En cas de rejet, le candidat peut faire appel de cette décision devant le conseil d'administration dans la quinzaine qui suit la notification. Celui-ci statue dans les plus brefs délais. Sa décision, qui n'a pas à être motivée, n'est susceptible d'aucun recours.

L'adhésion à la MGEN et/ou l'extension de la couverture familiale prennent effet au 1er jour :

- du mois de la demande,
- ou du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 4 mois.

Section 2 - Démission et résiliation

Article 13 - Démission

1° Démission à effet du 1er janvier

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à

son adhésion à effet du 1er janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de la MGEN, adressée à la section départementale dont il dépend au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1er janvier.

2° Démission en cours d'année

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de la MGEN, adressée à la section départementale dont il dépend.

La démission prend effet à partir du 1er jour du 4e mois suivant la réception de la demande de démission.

Dans l'hypothèse où le membre participant met fin à son adhésion dans le cadre de la souscription d'un contrat groupe obligatoire, la démission prend effet à partir du 1er jour du mois suivant la réception de la demande de démission, dès lors que cette demande intervient dans les trois mois suivant la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

3° Décès du membre participant

L'adhésion du membre participant prend fin à son décès. La couverture de ses bénéficiaires prendra fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 14 - Résiliation

1° La résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les mêmes modalités que pour la démission.

2° La résiliation pour sortie du champ de recrutement

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, la mutuelle met fin à l'adhésion.

La résiliation prend effet le 1er jour du 2e mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Les membres participants et/ou les bénéficiaires, dont la couverture familiale a été résiliée, peuvent, dès qu'ils remplissent à nouveau les conditions statutaires mentionnées aux articles 7 et 8-1° ou 8-2° des statuts, être réadmis sans verser de participation de solidarité et sans accomplir les stages prévus au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Les membres participants qui sollicitent :

- leur réintégration,
- ou la réadmission de leurs bénéficiaires conjoints ayant fait l'objet d'une résiliation dans les conditions prévues à l'alinéa ci-dessus,

doivent adresser leur demande au comité de section, dans un délai expirant le 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle le lien permettant la réadmission est rétabli statutairement.

Article 15 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

A. Suspension

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à défaut de paiement dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent, la mutuelle a la faculté de résilier sa garantie.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

B. Résiliation

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au paragraphe précédent, sauf dans le cas d'une suspension de la garantie intervenue pour non paiement d'une cotisation annuelle fractionnée pour lequel la résiliation intervient au terme de la période annuelle considérée.

Aucune demande de réintégration à la mutuelle après résiliation pour non-paiement de cotisation n'est recevable.

Article 16 - Réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 17 - Conséquences de la démission et de la résiliation

La démission et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 14-2° des présents statuts et aux règlements mutualistes.

La démission ou la résiliation d'une mutuelle entraîne la perte de la qualité de membre participant.

En cas de résiliation à l'initiative du membre participant, le versement des prestations en cours de service ou d'acquisition est interrompu. Cette interruption concerne les allocations journalières, les allocations d'invalidité, les prestations Dépendance Totale et la prestation Perte Temporaire d'Autonomie.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux règlements mutualistes.

La démission ou la résiliation du membre participant entraîne la fin de l'extension de la couverture familiale.

Aucune demande de réintégration à la mutuelle après démission ou résiliation n'est acceptée, sauf à ce que le membre participant soit resté au sein du groupe MGEN en adhérant à l'une de ses autres offres, à titre individuel ou collectif.

Chapitre 3
Conditions spécifiques d'admission, de démission et de résiliation issues du dispositif de référencement auprès des employeurs publics de la fonction publique d'État

Le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007 organisent le dispositif de référencement des organismes d'assurance auprès des employeurs publics pour la protection sociale de leurs agents, et prévoient des règles spécifiques d'admission et de résiliation.

En conséquence, dans le cadre du(des) référencement(s) obtenu(s) par la MGEN, les dispositions prévues au chapitre 2 ci-dessus s'appliquent, sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre.

Article 18 - Champs de recrutement

En application du décret précité :

- Le champ de recrutement est celui défini par l'employeur public pour le référencement.

- Sont membres participants les fonctionnaires, agents de droit public, et retraités relevant de ce champ.

Chaque employeur public peut définir :
- d'autres catégories de membres participants,
- des ayants droit de membres participants en qualité de membres bénéficiaires.

1 - Définition de catégories supplémentaires de membres participants dans le cadre du référencement du ministère de l'Éducation nationale :
- veuf(ve)s,
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 28 ans,

des agents et retraités appartenant au champ de référencement, à condition d'avoir été bénéficiaire de cet agent ou retraité au moment du décès de ce dernier.

2 - Définition de catégories supplémentaires de membres participants dans le cadre du référencement du ministère des Affaires étrangères et Européennes :
- veuf(ve)s des agents ou retraités appartenant au champ de référencement.

Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes sont membres participants de la MGEN et de MGEN Vie. Les dispositions du règlement mutualiste 1 « Dispositions générales applicables aux membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1 des statuts de la MGEN et à leurs bénéficiaires » s'appliquent à eux. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste 4 de la MGEN et au règlement mutualiste 2 de MGEN Vie.

Article 19 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :
- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- du délai prévu aux articles 9 et 11 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 10-II des présents statuts pour les retraité(e)s.

Le bénéficiaire d'un membre participant décédé peut adhérer en qualité de membre participant s'il fait acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant auquel il était rattaché. Durant ce délai, le bénéficiaire bénéficie du maintien des garanties dans les conditions antérieures.

À défaut la couverture du bénéficiaire prendra fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 20 - Règles spécifiques de résiliation

Il n'est pas fait application du dernier alinéa de l'article 17 des présents statuts.

Chapitre 4
Conditions spécifiques d'admission, de démission et de résiliation issues du dispositif de labellisation auprès des employeurs publics de la fonction publique territoriale

Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

En conséquence, dans le cadre de la labellisation du règlement mutualiste 3 obtenue par la MGEN, les dispositions prévues au chapitre 2 s'appliquent, sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre.

Article 21 - Champ de recrutement

Les fonctionnaires et agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, titulaires et non titulaires, bénéficient à ce titre et exclusivement du règlement mutualiste 3.

En application du décret d'application précité :
- le champ de recrutement est celui défini par l'employeur public pour la labellisation.
- sont membres participants les fonctionnaires, agents non titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés.

Définition de catégories supplémentaires de membres participants dans le cadre de la labellisation :
- veuf (ves),
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 28 ans,

des agents et retraités, à condition d'avoir été bénéficiaire de cet agent ou retraité au moment du décès de ce dernier.

La MGEN proposera ce règlement mutualiste 3 aux fonctionnaires et agents des Départements et Régions et de leurs établissements publics rattachés, ainsi qu'aux fonctionnaires et agents territoriaux concourant au service public d'éducation.

Article 22 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :
- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- du délai prévu aux articles 9 et 11 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 10 II des présents statuts pour les retraités.

Le bénéficiaire d'un membre participant décédé peut adhérer en qualité de membre participant s'il fait acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant auquel il était rattaché. À défaut, la couverture du bénéficiaire prendra fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 23 - Règles spécifiques de résiliation

Il n'est pas fait application du dernier alinéa de l'article 17 des présents statuts.

Titre 2
Administration de la mutuelle

Chapitre 1
Assemblée générale

Section 1 - Composition et élection

Article 24 - Composition

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Les adhérents de MGEN Vie, MGEN Action sanitaire et sociale, et MGEN Centres de santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de la MGEN, il est procédé, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Article 25 - Élection des délégués

Les membres participants de chaque section élisent les délégués titulaires et les délégués suppléants à l'assemblée générale pour deux ans dans les conditions suivantes :
- sections jusqu'à 7000 membres : 3 délégués,
- sections de 7001 à 77000 membres : 1 délégué supplémentaire par 7000 membres ou fraction de 7000 membres,
- sections de plus de 77000 membres : 14 délégués.

Les effectifs pris en compte sont ceux recensés au 31 décembre de l'année précédant l'élection.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Le nombre de délégués suppléants est égal au nombre de délégués titulaires, l'ordre de suppléance étant fixé par tirage au sort.

1 - Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale sont recueillies au cours de la réunion du comité de section ou du comité de gestion dont l'ordre du jour comporte la préparation des élections.

Peuvent être candidats :

- les membres du comité de section ou de gestion ;
- les détachés auprès de la MGEN exerçant leur activité à la section.

Aucune candidature n'est recevable après cette réunion du comité de section.

2 - Modalités d'élection

Pour les sections départementales, cette élection a lieu en assemblée générale de section de vote dont la date est arrêtée par le comité de section dans le cadre des instructions du conseil d'administration.

Le comité de gestion de la section extra métropolitaine élit, parmi ses membres, les délégués à l'assemblée générale pour deux ans.

Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Dans le cas où plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Les membres empêchés ont la possibilité de voter par correspondance avant l'assemblée générale de section de vote. Pour ce faire, ils doivent retirer un bulletin de vote au siège de la section. Les votes par correspondance sont comptabilisés avec les votes émis en assemblée générale de section.

Les modalités pratiques concernant les élections des délégués sont précisées au règlement intérieur des sections et par les instructions du conseil d'administration.

Article 26 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat par décès ou démission d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 25.

En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 27 - Convocation et ordre du jour

I. L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

II. Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités de section quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 28 - Règles de quorum et de majorité

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 32, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2. Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3. Les décisions visées au 1. du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 29 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 28.1 et 28.3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 30 - Compétences

L'assemblée générale élit les membres du conseil d'administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

a) les modifications des statuts,

b) les activités exercées par la mutuelle,

c) le montant des droits d'entrée,

d) les montants ou taux de cotisations,

e) les prestations offertes,

f) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union,

g) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,

h) l'émission de titres participatifs et de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

i) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,

j) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,

k) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,

l) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

m) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

n) la nomination des commissaires aux comptes,

o) les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,

p) la conclusion d'une convention de substitution,

q) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité,

r) le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 31 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

Article 32 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'une année.

Chapitre 2
Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 33 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 54 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1er tour - majorité relative au 2nd tour). Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 40 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 34 - Statut des administrateurs

1- Mise à disposition

Les administrateurs de la MGEN et/ou des mutuelles et union créées par elle, auxquels des attributions permanentes ont été confiées, sont placés en position de mise à disposition par leur administration d'origine.

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires du ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ainsi mis à disposition est fixé à 60.

2 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65ème anniversaire.

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

4 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

5 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 35 - Représentation des salariés

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

1 - Électeurs

Les représentants des salariés de la mutuelle sont élus par les membres titulaires du comité d'établissement et les délégués du personnel titulaires, en fonction au moment du dépôt des candidatures. Chaque électeur dispose d'une voix. En cas de cumul de mandats de représentant élu au comité d'établissement et de délégué du personnel, le titulaire indique en quelle qualité il prend part au vote. Dans cette hypothèse, le titulaire et le suppléant de la fonction qui n'a pas été choisie, participent au vote.

2 - Candidatures

Les candidatures sont individuelles.

Peuvent être candidats les salariés remplissant les conditions suivantes :

- sous contrat à durée indéterminée ayant au moins un an d'ancienneté au moment de l'élection,
- âgés de plus de 18 ans,
- n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du Code électoral.

3 - Élections

Le vote a lieu à bulletin secret au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Les deux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix sont élus pour 5 ans.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus ancien dans un emploi au sein de la mutuelle.

4 - Vacance

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix immédiatement après les représentants élus.

5 - Obligation de discrétion
Les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion, notamment à l'égard des questions présentées comme telles par le président de séance.

6 - Incompatibilités
Les fonctions de représentant des salariés au conseil d'administration sont incompatibles avec l'exercice d'une fonction de représentation de l'organisme employeur dans quelque délégation que ce soit.

Article 36 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation.

Section 2 - Réunions

Article 37 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.
La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.
Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 38 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance

Article 39 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 40 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions

Article 41 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application,
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles,
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité,
- approuve annuellement un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution,
- statue, à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance,
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle,
- établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

En ce qui concerne la gestion de la Sécurité sociale, seul le conseil d'administration de la MGEN peut être juridiquement rendu responsable.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 42 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

Chapitre 3
Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 43 - Élection et révocation

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est élu pour une durée de deux ans au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.
Le président est rééligible.

Article 44 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

Article 45 - Missions du président

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage ou ordonnance les dépenses.

Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

Section 2 - Élection, composition et missions du bureau

Article 46 - Élection
Les membres du bureau sont élus pour deux ans par le conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Article 47 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :
- un président,
- un vice-président,
- un ou plusieurs vice-présidents délégués.

Chapitre 4
Organisation des sections

Section 1 - Les sections

Article 48 - Définition des sections

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections créées par décision du conseil d'administration.

1. Une section pour chaque département. Les membres participants, adhérents de la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, sont rattachés à la section du département dont ils relèvent au titre de leur affiliation à la Sécurité sociale.

2. La section extra métropolitaine (SEM) regroupe les membres participants non rattachés à une section départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs, ou le lieu de résidence pour les retraités, est situé à l'étranger ou dans les territoires d'outre-mer. Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 49 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :
Chaque section départementale est administrée par un comité de section composé de 18 à 42 membres.

A - Membres élus

Les membres du comité de section sont élus pour 6 ans par les membres participants rattachés à la section. Le renouvellement du comité de section a lieu par tiers les années paires.
Les membres sortants sont rééligibles.

Le vote par correspondance est la règle pour les élections du comité de section.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les membres du comité de section élus sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis successivement au remplacement des vacances du deuxième et du troisième tiers. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au plus jeune candidat.

En cas de vacance de poste, et quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Tout membre du comité de section s'engage dans l'exercice de ses fonctions mutualistes à :
- préserver l'indépendance de la mutuelle,
- respecter les dispositions statutaires,
- respecter les instructions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut démettre de ses fonctions tout membre d'un comité de section ne respectant pas ces dispositions.

A1 - Conditions d'éligibilité

Pour être candidat à l'élection du comité de sa section départementale d'affectation, il faut :
- être membre participant au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être à jour de ses cotisations au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être âgé de 18 ans révolus l'année précédant l'élection,
- être âgé de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- ne pas avoir été salarié de la mutuelle, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN, au moins 3 ans avant l'élection à compter du 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- ne pas être frappé d'incapacité juridique.

A2 - Contestations

Les élections au comité de section et au bureau sont soumises à la validation du conseil d'administration.

Les modalités pratiques d'organisation des élections sont définies dans le règlement intérieur des sections adopté par le conseil d'administration et dans les instructions de ce dernier.

Toute contestation relative aux élections est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à son bureau ou à une commission constituée à cet effet.

Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de la MGEN, dans les 8 jours qui suivent la publication du procès verbal de l'élection (le cachet de la poste faisant foi).

B - Membres de droit

Les membres du conseil d'administration de MGEN Union sont membres de droit du comité de leur section de rattachement, de son bureau et des commissions.

C - Membres du bureau départemental

Au cours de la première réunion qui suit les élections, le comité de section procède à l'élection des membres de son bureau.
Le bureau comprend :
- au minimum 5 membres (1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire et 1 trésorier),
- au maximum le tiers des membres élus du comité de section.

D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

Les membres participants sont conviés aux assemblées départementales lesquelles se décomposent en :
- Rencontres mutuelles, cadre annuel de débat et d'échange, préparatoire à l'assemblée générale annuelle.
- Assemblée générale de section de vote :

Tous les deux ans, l'assemblée générale de section de vote se réunit au cours de l'assemblée départementale, pour élire les délégués titulaires et les délégués suppléants aux assemblées générales annuelles.
L'ordre du jour de ces réunions est fixé par le comité de section conformément aux instructions du conseil d'administration.
Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de ces assemblées.
Les membres participants du groupe MGEN sont informés de la date et du lieu de ces assemblées par la revue nationale d'information.

Article 50 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration :
La SEM définie à l'article 48, est administrée par un comité de gestion composé :
- des détachés auprès de la MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- des membres du conseil d'administration désignés par lui,
- de 3 adhérents élus relevant de la SEM.

A- Membres élus

Les membres élus du comité de gestion le sont pour 2 ans par les membres participants rattachés à la section et doivent être issus de pays ou territoires d'outre-mer distincts.
Les membres sortants sont rééligibles.
Est considéré comme démissionnaire du comité de gestion, tout membre participant n'étant plus rattaché à la section.
Le vote par correspondance est la règle pour les élections au comité de gestion.
Tout membre du comité de gestion s'engage dans l'exercice de ses fonctions mutualistes à :
- préserver l'indépendance de la mutuelle
- respecter les dispositions statutaires,
- respecter les instructions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut démettre de ses fonctions tout membre du comité de gestion ne respectant pas ces dispositions.

A1 - Conditions d'éligibilité

Les conditions d'éligibilité et de limite d'âge sont identiques à celles figurant à l'article 49-A1 des statuts pour les membres des comités de section.

A2 - Suppléance
Les 3 candidats non élus, issus de pays ou territoires d'outre-mer distincts de ceux dont sont issus les élus titulaires, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, constituent les membres du comité de gestion suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

A3 - Vacance
En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un membre élu du comité de gestion, celui-ci est remplacé par le membre suppléant venant à l'ordre de suppléance défini au paragraphe précédent.
En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

A4 - Contestations
Les élections au comité de gestion sont soumises à la validation du conseil d'administration.
Les modalités pratiques d'organisation des élections sont définies dans le règlement intérieur de la section adopté par le conseil d'administration et dans les instructions de ce dernier.
Toute contestation relative à l'élection est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à son bureau ou à une commission constituée à cet effet.
Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de la mutuelle, dans les 21 jours qui suivent la publication du procès verbal de l'élection (la date de première présentation du recours faisant foi).

B - Membres de droit
Les membres du conseil d'administration de MGEN Union sont membres de droit du comité de gestion.

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 51 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

Le fonctionnement, l'organisation et l'activité des sections sont définis notamment par :
- le règlement intérieur des sections, adopté par le conseil d'administration,
- le guide des sections,
- le projet de section.

Le conseil d'administration délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, aux comités de section et au comité de gestion sous la responsabilité du président de section, l'organisation politique, administrative et gestionnaire.

Les comités de section et le comité de gestion ont pour rôle de :
- participer au débat mutualiste et contribuer à l'expression locale des adhérents,
- veiller à l'application des décisions politiques prises par les instances nationales,
- veiller aux délégations de responsabilité et désignations représentatives,

et pour les seuls comités de section, d'organiser les temps démocratiques départementaux.

Chapitre 5
Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 52 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :
- les cotisations globales des membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres et dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultants de l'activité de la mutuelle,
- et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 53 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :
- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- les cotisations versées au fonds de garantie,
- les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité,
- et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds Règles de sécurité financière

Article 54 - Modes de placement

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Article 55 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 28-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 56 - Marge de solvabilité

La marge de solvabilité dont doit disposer la mutuelle est constituée conformément à la réglementation en vigueur.

Article 57 - Système de garantie

La mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 58 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Section 4 - Comité d'audit

Article 59 - Comité d'audit

Il est mis en place, sous la responsabilité exclusive et collective du conseil d'administration, un comité d'audit chargé de la supervision des processus d'élaboration et de contrôle des informations comptables et financières, et du suivi des dispositifs de maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

Le comité d'audit a notamment pour missions d'assurer le suivi :
- de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne et de gestion des risques,
- du contrôle légal des comptes annuels et des comptes combinés par les commissaires aux comptes,
- de l'indépendance des commissaires aux comptes.

Il rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Le comité d'audit est composé d'au moins quatre administrateurs dont les 2/3 n'exercent pas directement de responsabilités opérationnelles au sein du groupe MGEN. Il est présidé par un administrateur désigné par le Conseil d'administration.

Les modalités de fonctionnement du comité d'audit sont régies par une charte adoptée par le Conseil d'administration.

Chapitre 6
Fonctionnaires détachés à la MGEN

Article 60 - Missions des détachés

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 des présents statuts, le groupe MGEN fait appel à des fonctionnaires en position de détachement pour exercer à temps plein les fonctions :

- de directeur ou directeur adjoint de ses établissements à caractère administratif, sanitaire, social, médico-social, culturel ou de formation,
- de président, directeur ou délégué de ses sections départementales.

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires placés en position de détachement par le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche est fixé à 350.

Titre 3
Obligations de la mutuelle envers l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya »

Article 61 - Respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya », telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la mutualité.

À ce titre, la mutuelle s'engage au respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment au respect des dispositions y figurant relatives :

- aux pouvoirs de contrôle de l'UMG, en ce qu'ils obligent la mutuelle à demander l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou à l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies ;
- aux pouvoirs de sanction de l'UMG, lesquels peuvent être mis en œuvre en cas de non respect de tout engagement souscrit par la mutuelle dans le cadre de l'UMG, et peuvent notamment consister en la participation d'un représentant de l'UMG au conseil d'administration et/ou à l'assemblée générale de la mutuelle.

Titre 4
Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1
Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 62 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui souhaite être membre, à titre individuel, de la MGEN fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) de la mutuelle.

Toute personne qui souhaite être membre de la MGEN, au titre d'un dispositif conventionnel collectif, fait acte d'inscription au contrat collectif et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements et de la notice d'information formée par les règlements mutualistes 1 et 2 de la MGEN et le contrat souscrit entre la personne morale et la MGEN.

Cette adhésion, à titre individuel ou collectif, emporte adhésion à MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia.

La signature du bulletin unique d'adhésion, au titre des adhésions individuelles, ou du bulletin unique d'inscription, au titre des adhésions collectives, emporte acceptation des dispositions des statuts de la MGEN, de MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia, des droits et obligations impératifs définis par leur(s) règlement(s) respectif(s) et, le cas échéant, des droits et obligations supplétifs définis dans le cadre conventionnel collectif.

Article 63 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de la cotisation globale et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Chapitre 2
Obligations de la mutuelle envers les adhérents

Article 64 - Modifications des garanties

1° Membres participants ayant adhéré à la mutuelle à titre individuel

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et des règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

2° Membres participants ayant adhéré à la mutuelle au titre d'un dispositif conventionnel collectif

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus :

- au dispositif conventionnel collectif dont ils relèvent,
- aux dispositions des statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification est notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.



Dispositions générales applicables aux membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1 des statuts de la MGEN et à leurs bénéficiaires

Titre 1
Règles générales applicables aux prestations, allocations et services de la mutuelle

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements de nature générale existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2

Pour percevoir leurs prestations et bénéficier des services de la mutuelle, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations non couvertes par une cotisation correspondante feront l'objet d'un titre de reversement.

Article 3

1 - Contrôle médical

Tout adhérent qui bénéficie ou demande à bénéficier des prestations figurant aux chapitres 5 (Autonomie), 6 (Complément de revenus) et 9 (Perte totale et irréversible d'autonomie) du règlement mutualiste 2 de la MGEN accepte de se soumettre au contrôle médical d'un médecin de la MGEN. En cas de refus, ou si la réalité de la maladie n'est pas reconnue, le paiement des prestations cessera de plein droit.

Sur demande de l'intéressé, il pourra être fait appel à l'arbitrage d'un tiers expert, désigné par les médecins des deux parties.

2 - Fraude

En cas de fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée, en vue de bénéficier des avantages prévus par les statuts et règlements mutualistes, le conseil d'administration peut, après avoir recueilli l'avis de la section et les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations sans préjudice des mesures prévues au paragraphe 1.

3 - Modification de situation

Le membre participant doit informer, dans un délai de 15 jours, la section à laquelle il est rattaché de toutes modifications énoncées ci-après :

- la composition de sa famille : naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès,
- la situation de son foyer : modification des ressources du groupe familial si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations, des cotisations ou des compléments de cotisation,
- sa situation administrative : titularisation, mise à disposition, détachement, retraite, stagiarisation, congés de toute nature...

Article 4 - Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste 2 qui les concernent.

Tout fait générateur intervenu avant la date d'adhésion n'ouvre pas droit aux prestations.

Aux conséquences du fait générateur sont appliquées les dispositions des statuts et règlements mutualistes en vigueur à la date du fait générateur.

Article 5 - Délais d'attente

Conformément à l'article 9 des statuts, l'adhésion à la mutuelle se fait sans délai d'attente.

Pour les demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus aux articles 9-1 et 11-1 des statuts, des délais d'attente, précisés pour chacune des prestations concernées, sont appliqués.

Le délai d'attente se définit comme la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise.

Il débute à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Toute période de cessation de versement de cotisation interrompt le délai d'attente.

Par dérogation, les délais d'attente ne sont pas applicables aux adhérents relevant des dispositions du chapitre 3 du titre 1 des statuts, à l'exception de celui prévu pour la prestation Dépendance totale.

Article 6 - Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires. À défaut, les prestations ne sont pas versées. Ces justificatifs sont définis, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste 2 qui les concernent.

Article 7 - Prescription

Toutes actions dérivant des prestations de la mutuelle sont prescrites par deux ans. Ce délai court à compter du sinistre ou du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque là.

La prescription est portée à dix ans lorsque pour les cas prévus par l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du membre participant décédé.

Pour les opérations sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception,
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

Article 8 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de la MGEN définie aux règlements mutualistes 1 et 2 et aux annexes à ces règlements. Seule l'assemblée générale, ou le conseil d'administration sur délégation de celle-ci, peut modifier la prise en charge de la MGEN.

En cas d'augmentation du niveau de remboursement de la Sécurité sociale, celui du complément MGEN, défini aux règlements mutualistes 1 et 2 et aux annexes à ces règlements, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Article 9 - Maxima des remboursements

Pour toute prestation, le remboursement par la mutuelle s'effectue dans la limite des frais restant à la charge effective de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 10 - Maxima des prestations

Les prestations versées à hauteur du niveau de garantie en application du règlement, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance ou de retraite, ou à toute autre rémunération résultant d'une activité salariée ou prestation de l'assurance chômage, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par l'adhérent.

Article 11 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 12 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Article 13 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la section départementale dont il relève.

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Article 14 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser, par lettre simple au service réclamations de la section départementale dont il relève.

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, l'adhérent peut saisir le médiateur MGEN, en adressant sa demande à : MGEN - Le médiateur - 3, square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande à cette adresse.

Titre 2

Règles générales applicables aux cotisations et compléments

Article 15 - Principes des cotisations et compléments

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle globale et des compléments, dus au titre de leurs bénéficiaires, qui sont affectés à la couverture des prestations, allocations et services de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées en application des dispositions de l'article L.111-3 du Code de la mutualité. La part de la cotisation globale affectée à la MGEN et aux mutuelles ainsi créées est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s) de chacune d'elles.

Les cotisations sont fixées en pourcentage des ressources dans les limites d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond.

Les montants ou taux de cotisations et compléments figurent en annexe des règlements mutualistes.

Lorsqu'il fait acte d'adhésion au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit celle de son entrée dans le champ de recrutement, le membre participant est exonéré du versement de cotisations et des éventuels compléments durant les trois premiers mois d'adhésion. Le membre participant n'a vocation à bénéficier de cette exonération qu'une seule fois. Cette exonération ne concerne pas les catégories de membres participants auxquelles est appliquée une cotisation forfaitaire.

Les membres participants :

- fonctionnaires mis en disponibilité d'office d'une part, non titulaires (stagiaires, auxiliaires...) en congé sans traitement pour raison de santé d'autre part,
- en congé à demi-traitement pour maladie, grave maladie, longue maladie ou longue durée,

acquittent une cotisation égale à celle qu'ils payeraient s'ils exerçaient leurs fonctions.

Article 16 - Cotisations des offres additionnelles

Les membres participants et bénéficiaires qui adhèrent à une offre additionnelle, acquittent une cotisation spécifique figurant au sein de la notice d'information qui leur est remise lors de cette adhésion.

Règlement mutualiste 2

Prestations et cotisations des membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1 des statuts de la MGEN et de leurs bénéficiaires

Titre 1
Dispositions générales

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1 des statuts et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Le contenu desdits engagements est strictement identique quel que soit le cadre dans lequel le membre participant adhère à la mutuelle : adhésion à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif.

Article 2 - Bénéficiaires des prestations

Les prestations délivrées par la MGEN sont strictement identiques quel que soit le cadre dans lequel le membre participant adhère à la mutuelle (adhésion individuelle ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif).

1. Les **membres participants, actifs, retraités ou maintenus, ne relevant pas de la SEM**, bénéficient de l'ensemble des prestations énumérées ci-dessous, à l'exception :

- de celles réservées spécifiquement aux bénéficiaires enfants, de 18 ans à 28 ans et bénéficiaires étudiants figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes »,
- des prestations figurant aux articles 23 (allocations journalières) et 24 (allocations d'invalidité) s'agissant des membres participants retraités,
- de la prestation figurant à l'article 23 (allocations journalières) s'agissant des membres participants maintenus,
- des prestations figurant aux articles 23 (allocations journalières), 24 (allocations d'invalidité), 30 (prestation invalidité décès) et 32 (offre Rassurcap Solutions) s'agissant des membres participants veufs et veuves.

Leurs bénéficiaires conjoints bénéficient des prestations figurant aux articles 4 (maladie), 5 (hospitalisation), 7 (amniocentèse), 8 (maternité), 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 11 (sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur), 12 (traitements nicotiniques de substitution), 15 (dépendance totale), 16 (contrat facultatif dépendance), 17 (perte temporaire d'autonomie), 18 (handicap et dépendance), 19 (soins coûteux durables), 20 (soins coûteux ponctuels), 21 (prestation particulière), 22 (aide au mutualiste aidant), 25 (complément retraite mutualiste), 26 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 27 (garantie décès additionnelle au Corem), 29 (prestation pour frais funéraires), 32 (offre Rassurcap Solutions) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »).

Leurs bénéficiaires enfants, de moins de 18 ans, de plus de 28 ans, tels que définis à l'article 11-II-3 des statuts, bénéficient des prestations figurant aux articles 4 (maladie), 5 (hospitalisation), 7 (amniocentèse), 8 (maternité), 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 11 (sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur), 12 (traitements nicotiniques de substitution), 18 (handicap et dépendance), 19 (soins coûteux durables), 20 (soins coûteux ponctuels), 21 (prestation particulière), 25 (complément retraite mutualiste), 27 (garantie décès additionnelle au Corem), 29 (prestation pour frais funéraires) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »).

Leurs bénéficiaires enfants, de 18 ans à 28 ans, bénéficient des prestations figurant aux articles 7 (amniocentèse), 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 18-1 (handicap), 19 (soins coûteux durables), 20 (soins coûteux ponctuels), 21 (prestation particulière), 25 (complément retraite mutualiste), 27 (garantie décès additionnelle au Corem), 29 (prestation pour frais funéraires) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »), et de celles figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes ».

Leurs bénéficiaires enfants étudiants bénéficient des prestations figurant aux articles 7 (amniocentèse), 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 18-1 (handicap), 19 (soins coûteux durables), 21 (prestation particulière), 25 (complément retraite mutualiste), 27 (garantie décès additionnelle au Corem), 29 (prestation pour frais funéraires) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes ») et de celles figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes » qui comprennent :

- pour les bénéficiaires enfants étudiants, les prestations du contrat collectif MGEN-LMDE souscrit par la MGEN auprès de La Mutuelle des Étudiants,
- les prestations et l'assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par la MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

Les bénéficiaires de l'annexe « Santé offre Jeunes » peuvent bénéficier de la couverture internationale supplémentaire décrite à cette annexe.

2. Pour les **membres participants relevant de la SEM** et selon le groupe dont ils relèvent, actif, retraité ou maintenu, veuf ou veuve, la MGEN intervient pour eux-mêmes et leurs bénéficiaires :

- en complément de la couverture sociale de base (CSB) régime de Sécurité sociale ou équivalent,
- en remplacement d'une couverture sociale de base inexistante.

Le détail de l'intervention figure en annexe « Prestations SEM ».

Les membres participants relevant de la SEM bénéficient, en outre, des prestations figurant aux articles 11 (sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur), 12 (traitements nicotiniques de substitution), 13 (caution acquisition), 14 (assurance des prêts), 15 (dépendance totale), 16 (contrat facultatif dépendance), 17 (perte temporaire d'autonomie), 18 (handicap et dépendance), 19 (soins coûteux durables), 20 (soins coûteux ponctuels), 21 (prestation particulière), 22 (aide au mutualiste aidant), 23 (allocations journalières), 24 (allocations d'invalidité), 25 (complément retraite mutualiste), 26 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 27 (garantie décès additionnelle au Corem), 28 (interventions exceptionnelles), 29 (prestation pour frais funéraires), 30 (prestation invalidité décès), 31 (orphelinat) et 32 (offre Rassurcap

Solutions) à l'exception des prestations figurant aux articles 30 (prestation invalidité décès), et 32 (offre Rassurcap Solutions) s'agissant des membres participants veufs et veuves.

3. Les **membres participants étudiants préparant les concours de l'Éducation nationale** bénéficient des prestations figurant aux articles 7 (amniocentèse), 10 (assistance), 13 (caution acquisition), 14 (assurance des prêts), 18-1 (handicap), 19 (soins coûteux durables), 20 (soins coûteux ponctuels), 21 (prestation particulière), 25 (complément retraite mutualiste), 26 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 27 (garantie décès additionnelle au Corem), 28-1 (aide exceptionnelle), 28-5 (prêt installation MGEN), 29 (prestation pour frais funéraires), 31 (orphelinat) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes ») et de celles figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes ».

4. Les **mutualistes relevant de la CMU-Complémentaire** bénéficient des prestations ouvertes à la catégorie de mutualistes dont ils relèvent pour la part qui excède la protection complémentaire spécifique définie dans le Code de la Sécurité sociale.

5. Les **orphelins membres participants** relevant de l'article 18-1 des statuts bénéficient des prestations identiques à celles du :
- bénéficiaire enfant de moins de 18 ans, quand ils sont âgés de 16 à moins de 18 ans, à l'exception de celle figurant à l'article 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité),
- bénéficiaire enfant de 18 à 28 ans, quand ils sont âgés de 18 à moins de 28 ans, à l'exception de celle figurant à l'article 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité).

Ils bénéficient par ailleurs, de la prestation figurant à l'article 10-1 (Service d'aide à domicile).

Article 3 - Dispositions particulières à certaines prestations

1. Les prestations accordées par la mutuelle sont définies aux articles 4 à 33 inclus. Les montants et taux des prestations garanties et des cotisations figurent dans les annexes faisant partie intégrante du présent règlement.

2. Les prestations, allocations et aides spécifiques prévues aux articles 9 (prestation naissance), 10 (assistance), 18 (handicap et dépendance), 19 (soins coûteux durables), 20 (soins coûteux ponctuels), 21 (prestation particulière), 22 (aide au mutualiste aidant), 27 (garantie décès additionnelle au Corem), 29 (prestation pour frais funéraires), 30 (prestation invalidité décès) et 31 (orphelinat) sont accordées par les mutuelles créées par la MGEN en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité. Elles sont attribuées en application des dispositions figurant à leurs statuts et règlements.

Titre 2
Prestations, allocations et services de la mutuelle

Chapitre 1
Santé

Article 4 - Maladie

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable, et aux articles d'application R.871-1 et R.871-2 du même Code. Elles prévoient notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006.

Elles ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L.322-2 du Code précité.

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

Les prestations suivantes sont servies en complément de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués aux annexes «Santé» et « Hospitalisation » :
- honoraires médicaux,
- analyses et actes de laboratoire,
- accessoires et pansements - petit appareillage et orthopédie,
- pharmacie,
- soins externes,
- participation forfaitaire visée par l'article R 322-8 du Code de la Sécurité sociale,
- frais de transport,
- cures thermales,
- optique,
- soins et prothèses dentaires, orthodontie,
- autres prothèses (oculaires, auditives, capillaires, mammaires).

La prise en charge par la mutuelle de la pharmacie, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), des accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie, et des prothèses est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du Code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

D'autres prestations sont servies en cas d'absence de prise en charge par la Sécurité sociale :

• **Ostéopathie** : la MGEN intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département.

• **Psychothérapie** : la MGEN intervient pour les séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale, effectuées en secteur libéral par un psychologue clinicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département. Cette participation est subordonnée à la remise annuelle d'une attestation de visite chez un médecin traitant ou psychiatre, ou, concernant les enfants de moins de 15 ans, un pédiatre, pédopsychiatre ou le médecin traitant du représentant légal. Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires.

• **Chirurgie réfractive de l'oeil** : la MGEN intervient pour des interventions chirurgicales, réalisées par un ophtalmologiste, non remboursées par la Sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiqué. Seules deux participations, c'est-à-dire une pour chaque oeil, peuvent être attribuées à la même personne.

• **Forfait contraception**.

Article 5 - Hospitalisation (maladie, chirurgie)

Les prestations hospitalisation sont servies dans le respect des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable.

Pour la couverture du risque chirurgical et de l'hospitalisation maladie ainsi que pour la maternité, la mutuelle intervient en matière d'honoraires et de frais de séjour pris en charge par la Sécurité sociale.

Sauf dispositions contraires, le calcul des prestations se réfère aux tarifs conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.

Lorsqu'une chambre particulière est demandée par le mutualiste, une participation sur les frais engagés peut être accordée, en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée.

1° Maladie

La MGEN intervient pour les hospitalisations :
- en établissement public ou privé, agréé ou conventionné, figurant dans la liste des établissements ouvrant droit à exonération du ticket modérateur à partir du 31e jour d'hospitalisation,
- en hôpital thermal,
- en institut médico-éducatif lors de séjours en régime d'internat,
- en établissement de lutte anti-tuberculeuse,
- en maison d'enfants à caractère sanitaire non spécialisée,
- en colonie sanitaire,
- en établissement de soins de suite et de réadaptation.

La MGEN intervient également pour les hospitalisations de jour ou à domicile.

2° Chirurgie

La MGEN intervient pour les séjours en établissement public ou privé, agréé ou conventionné.

3° Conditions de prise en charge

Elle est subordonnée à celle de la Sécurité sociale et limitée à 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs) pour l'ensemble des frais et actes afférents aux hospitalisations quelle qu'en soit la nature (maladie ou chirurgie).

Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

4° Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

- les frais de séjours comprenant les frais d'hébergement, les soins, les produits pharmaceutiques, les frais de salle d'opération, les frais d'anesthésie,
- les actes et traitements effectués au cours de l'hospitalisation,
- les frais de laboratoire,
- les appareillages, dispositifs médicaux et produits pharmaceutiques non inclus dans les frais de séjour.

5° Participation aux frais d'accompagnant selon les montants indiqués à l'annexe «Hospitalisation».

Article 6 - Exclusions

Sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues a l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique et les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale, à l'exception de celles figurant dans le tableau des prestations.

Chapitre 2
Maternité et famille

Article 7 - Amniocentèse

La mutuelle intervient pour les amniocentèses pour lesquelles la prise en charge par la Sécurité sociale n'est pas totale.

La MGEN n'intervient qu'une seule fois par grossesse.

Pour les femmes de moins de 35 ans, la prestation est attribuée après avis du médecin conseil MGEN.

La MGEN peut accorder une aide financière selon les montants indiqués à l'annexe « Santé ».

Article 8 - Maternité

Pour la couverture des dépenses de soins liés à la maternité prises en charge par la Sécurité sociale, la MGEN intervient sur :

- les honoraires médicaux,
- les frais d'hospitalisation en établissement public ou privé, agréé ou conventionné, les frais de laboratoire et de sang sous réserve d'une prise en charge par la Sécurité sociale,
- les honoraires relatifs à l'accouchement à domicile sont remboursés sur la base des tarifs conventionnels de la Sécurité sociale et les frais pharmaceutiques.

Article 9 - Prestation naissance

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle est apportée à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

Article 10 - Assistance

10-1. Service d'aide à domicile

Cette prestation est délivrée par MGEN Filia en cas de maladie ou de dépendance afin de faciliter la vie du groupe familial au domicile.

10-2. Service d'aide à domicile Solidarité

Cette allocation est versée par MGEN Action sanitaire et sociale aux personnes rencontrant une situation particulière de fragilité.

10-3. Complément d'action sociale

En complément des prestations visées aux articles 10-1 et 10-2, les membres participants et/ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un complément d'action sociale versé par MGEN Action sanitaire et sociale.

Chapitre 3
Prestations spécifiques de prévention

Article 11 - Sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur

La mutuelle intervient, dans la limite d'un forfait individuel de 60 euros, pour :

- les vaccins et rappels suivants : fièvre jaune, méningite A + C, méningite C, méningite A + C + Y + W135, hépatite A, hépatites A et B, typhoïde, typhoïde + hépatite A, rage, encéphalite japonaise, encéphalite à tiques, leptospirose, choléra,
- les traitements médicamenteux anti-paludéens, non remboursés par la Sécurité sociale et non pris en charge par l'employeur.

Le mutualiste doit être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

La prise en charge est limitée à un seul forfait au cours de la vie de l'adhérent.

Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie ou d'exécution de l'acte dans un centre agréé de vaccination.

La prestation est versée sur présentation :

- de la prescription médicale et de la facture originale nominative acquittée établie par une officine de pharmacie ;
- ou de la facture originale nominative acquittée établie par un centre agréé de vaccination.

Article 12 - Traitements nicotiniques de substitution

La mutuelle intervient, dans la limite d'un forfait individuel de 50 euros par année civile, pour les traitements nicotiniques de substitution remboursés par la Sécurité sociale.

La prise en charge intervient après épuisement du forfait Sécurité sociale. Elle est limitée à un seul forfait au cours de la vie de l'adhérent. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale, du (ou des) décompte(s) Sécurité sociale et de l'ensemble des factures acquittées.

La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance en pharmacie.

Chapitre 4
Habitat

Article 13 - Caution acquisition

Elle peut être accordée au membre participant MGEN.

Elle a pour objet de permettre aux mutualistes qui souhaitent souscrire un prêt immobilier auprès d'organismes conventionnés avec la MGEN, de le garantir.

Elle donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions de la caution figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement.

Article 14 - Assurance des prêts

La MGEN a souscrit des contrats d'assurances de prêts auprès de CNP Assurances et CNP IAM pour couvrir certains risques destinés :

- au membre participant emprunteur,
- aux co-emprunteurs ou caution personne physique du membre participant, à condition de présenter une demande d'adhésion conjointe avec le membre participant.

A. Contrat d'assurance collective en couverture de prêts

Il a pour objet de couvrir :

- l'incapacité totale de travail, la perte totale et irréversible d'autonomie et le cas échéant l'invalidité AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé,
- le risque décès.

B. Contrat perte d'emploi

Il a pour objet de couvrir le risque perte d'emploi.

Ces contrats donnent lieu à versement de cotisation spécifique.

Les conditions de ces contrats figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises aux contractants lors de la souscription.

Chapitre 5
Autonomie

Article 15 - Dépendance totale

1. Objet

La garantie a pour objet de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint qui est en état de dépendance totale, une rente viagère mensuelle ci-après intitulée prestation Dépendance Totale. Une prestation complémentaire de maintien à domicile est également accordée annuellement au mutualiste dépendant avec assistance d'une tierce personne.

2. Définition de la dépendance totale

Est considéré en état de dépendance totale, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n°2008-821 du 21 août 2008.

L'état de dépendance est apprécié à partir des groupes iso-ressources (GIR) ci-après :

GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.

Le classement en GIR 1 ou 2 est constaté dans le cadre de l'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ; si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, le classement en GIR est constaté par assimilation par le médecin-conseil de la mutuelle.

3. Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

Tout membre participant et/ou bénéficiaire conjoint peut bénéficier de la rente dépendance totale et de la prestation complémentaire de maintien à domicile, à l'exclusion de ceux qui se trouvent déjà en état de dépendance totale à la date d'adhésion à la mutuelle.

Fait générateur : date de classement en GIR 1 ou 2 (en application de la grille AGGIR en vigueur) dans le cadre de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, la date de constatation de l'état de dépendance totale par le médecin conseil de la mutuelle.

Pour toutes demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus aux articles 9-1 et 11-1 des statuts, **un délai d'attente de 3 ans** est appliqué à compter de la prise d'effet de l'adhésion pour toute dépendance totale consécutive à une maladie. Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'accident.

Tout état de dépendance totale qui débute pendant le délai d'attente ne donnera lieu à aucune indemnisation.

4. Prestations

4.1. Modalités de versement et montant

• Prestation Dépendance Totale : La prestation garantie est versée sous forme d'une rente mensuelle à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1er jour du mois qui suit le classement en GIR. Le montant de la rente mensuelle est égal à 120 €.

• Prestation complémentaire de maintien à domicile : Cette prestation annuelle est complémentaire à la prestation Dépendance Totale. Elle est versée en cas de maintien à domicile nécessitant l'assistance d'une tierce personne une seule fois par an à terme échu, à condition que le mutualiste ait été maintenu à domicile au moins 6 mois sur la période des 12 derniers mois précédant le renouvellement de la prestation. Le montant de la prestation annuelle est égal à 500 €.

4.2. Suspension

Les prestations sont versées aussi longtemps que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est vivant et en état de dépendance totale reconnu.

Le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint devra fournir à la date d'anniversaire du classement en GIR, un certificat médical précisant son état civil et son lieu de résidence, et le cas échéant justifiant le maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne. Pour les personnes classées en GIR 1 et 2 par le médecin-conseil, un document vérifiant l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sera sollicité à leur 60e anniversaire.

À défaut de justificatifs, le paiement de la rente et de la prestation complémentaire est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

4.3. Cessation du paiement des prestations

La rente et la prestation complémentaire cessent d'être versées au 1er jour du mois qui suit :

- **la cessation de l'état de dépendance totale,**
- **le décès.**

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la mutuelle.

5. Revalorisation de la rente

À partir de la prise d'effet de son versement, la rente est revalorisée chaque 1er janvier de l'année N, sur la base de l'évolution du point de la Fonction Publique constatée entre le 1er octobre de l'année N-1 par rapport au 1er octobre de l'année N-2.

6. Modalités de gestion et de justification de l'état de dépendance totale

6.1. Déclaration de l'état de dépendance totale

Dès réception de la demande des prestations relatives à la dépendance totale, la mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier et de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par le médecin conseil de la mutuelle.

Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter du classement en GIR n'est plus recevable.

6.2. Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

- le formulaire de demande de prestations signé du bénéficiaire de la garantie ou de son représentant légal,
- un document certifiant l'attribution de l'APA au mutualiste, indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation, la date d'attribution et la date de révision éventuelle,
- si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, un questionnaire médical rempli par le médecin du mutualiste et adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la mutuelle,
- dans le cadre d'une mesure de protection, un jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle du mutualiste,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Pour le renouvellement de la prestation complémentaire :
- un certificat médical attestant que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est atteint d'une dépendance totale, et justifiant du maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne.

Article 16 - Contrat collectif facultatif Dépendance

Le membre participant et le bénéficiaire conjoint de la MGEN ont la faculté d'adhérer au contrat collectif facultatif Dépendance souscrit par la MGEN auprès de CNP Assurances et CNP IAM, en vue de bénéficier d'une prestation financière de rente et d'une garantie capital 1er équipement.

Ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises au contractant lors de la souscription.

Article 17 - Perte Temporaire d'Autonomie

1. Objet

La garantie a pour objet de verser une prestation, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint qui est en situation de perte temporaire d'autonomie.

2. Définition de la perte temporaire d'autonomie

Est considéré en situation de perte temporaire d'autonomie, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint :
- atteint dans ses facultés physiques, mentales, ou sensorielles, et présentant un état chronique ne permettant pas une autonomie totale, d'une durée probable supérieure à 30 jours,
- dont l'état est constaté médicalement par le médecin conseil de la mutuelle,
- ayant perdu son autonomie totale à la suite d'une maladie* ou d'un accident** garanti(e).

***maladies garanties :**
- infarctus du myocarde
- accident vasculaire cérébral
- sclérose en plaques,
- cancers.

****accidents garantis :**

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et /ou du bénéficiaire conjoint et provoquée exclusivement par un évènement extérieur imprévu et soudain.

N'est pas considéré comme « accident », la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une intervention chirurgicale.

Est garantie la situation de perte temporaire d'autonomie suite à un accident, lorsque le mutualiste est atteint de :
- lésions traumatiques graves : perte d'un membre, d'une main, d'un pied, ou victime d'un traumatisme crânien,
- cécité: acuité visuelle corrigée égale au plus à 1/20 avec rétrécissement du champ visuel inférieur à 20°.
- surdité : atteinte auditive supérieure à 70 décibels de perte,
- brûlures graves : brûlures au 3e degré couvrant au moins 20% de la surface du corps et attestée par le diagnostic d'un chirurgien plasticien.

La maladie ou l'accident défini(e) ci-dessus survenu(e) avant la date d'adhésion à la mutuelle n'ouvre pas droit à une prise en charge.

3. Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

Le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint de moins de 65 ans peut bénéficier de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie à l'exclusion de celui qui a demandé la liquidation de sa retraite ou de sa pension de retraite.

Fait générateur : date de la perte d'autonomie indiquée sur le certificat médical par le médecin du mutualiste.

4. Prestations

4.1. Modalités de versement et montant

La prestation garantie est versée sous forme d'une prestation payable trimestriellement à terme à échoir, à l'expiration d'un délai de franchise de 30 jours continus à compter de la date d'établissement du certificat médical par le médecin du mutualiste et dont la situation de perte temporaire d'autonomie sera confirmée par le médecin conseil de la mutuelle.

Le montant de la prestation est égal à 400 € par trimestre. Chaque trimestre est versé en totalité sans application de prorata temporis. La durée maximale de versement est de 4 trimestres (continus ou discontinus).

Chaque nouvelle maladie ou accident garanti(e) ouvre droit à une nouvelle période de 4 trimestres maximum. Toutefois, en cas de nouvelle maladie ou accident garanti(e) survenant pendant une période d'indemnisation, le nouveau droit à prestation met un terme à la prestation en cours. Aucun délai de franchise n'est appliqué dans ce cas.

4.2. Cessation du versement de la prestation

La prestation cesse au 1er jour du trimestre qui suit :
- **la fin de la perte temporaire d'autonomie,**
- **la reconnaissance de l'état de dépendance totale,**
- **le décès,**
- **en tout état de cause, au terme du versement du 4e trimestre.**

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la mutuelle.

5. Exclusions

La garantie est accordée à l'exclusion des conséquences résultant de la participation à des paris, défis, duels, rixes dans lesquels le mutualiste a pris une part active, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger.

6. Modalités de gestion et de justification de la situation de perte temporaire d'autonomie

6.1. Déclaration de la perte temporaire d'autonomie

À réception de la déclaration de la perte temporaire d'autonomie, la mutuelle se réserve le droit de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par un médecin conseil de la mutuelle.

Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter de l'établissement d'un certificat médical n'est plus recevable.

6.2. Justificatifs à produire

- le formulaire de demande de prestations signé du mutualiste,
- un certificat médical indiquant l'accident et ses conséquences ou la nature de la maladie, la date de début et la durée probable de la situation de perte temporaire d'autonomie,
- du procès-verbal de la gendarmerie ou coupure de presse en cas d'accident,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

En cas de rechute :
- un certificat médical attestant des mêmes conséquences de l'accident ou de la même nature de la maladie qui a ouvert droit à la prise en charge initiale.

Article 18 - Handicap et dépendance

Ces allocations sont délivrées par MGEN Action sanitaire et sociale.

18-1 - Handicap

Cette allocation concerne les mutualistes de moins de 60 ans atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles, présentant un état chronique et qui ne bénéficient pas à ce titre de la prestation Dépendance Totale.

18-2 - Dépendance

Cette allocation concerne les mutualistes de plus de 60 ans se trouvant en situation de perte d'autonomie partielle et durable et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance Totale.

Article 19 - Soins coûteux durables

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale.

Elle concerne les mutualistes souffrant d'une longue et grave maladie qui laisse des restes à charge importants.

Article 20 - Soins coûteux ponctuels

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale.

Elle concerne les mutualistes souffrant d'une maladie qui laisse des restes à charge importants, hors dépassements d'honoraires.

Article 21 - Prestation particulière

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale. Elle concerne les mutualistes relevant des dispositifs handicap, dépendance ou soins coûteux de MGEN Action sanitaire et sociale.

Article 22 - Aide au mutualiste aidant

Une aide annuelle est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale lorsque le mutualiste assiste son conjoint, pacsé, concubin ou son enfant, ou un ascendant au 1er degré, en état de dépendance totale.

Chapitre 6
Complément de revenus

Article 23 - Allocations journalières

1 - Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au membre participant en activité, qui perçoit des prestations en espèces de l'administration ou de la Sécurité sociale, en cas de diminution du revenu servant de base au calcul de la cotisation MGEN résultant d'une maladie ou d'un accident.

Fait générateur : 1er jour de l'arrêt de travail.

Cas des arrêts multiples : en cas de reprise de l'activité puis de rechute, le fait générateur est le 1er jour de l'arrêt de travail initial. On entend par rechute un arrêt de travail imputable à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de fin de celui-ci.

Toute demande de prestation présentée après un délai de 2 ans à compter de la perte de traitement n'est plus recevable.

1.1.Membre participant fonctionnaire titulaire ou stagiaire

Le membre participant fonctionnaire titulaire ou stagiaire a droit aux prestations du présent article lorsqu'il se trouve dans une des situations administratives suivantes : congé ordinaire de maladie, congé de longue maladie, congé grave maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office pour raison de santé.

1.2. Membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale

Le membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale a droit aux prestations du présent article pendant les périodes où il bénéficie des prestations en espèces de la Sécurité sociale relatives à l'assurance maladie, à l'assurance maternité, à un accident du travail.

2 - Définition de la garantie

2.1. Niveau de garantie

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration ou la Sécurité sociale à hauteur de 77% de l'assiette moyenne quotidienne utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des 12 mois précédant la perte de traitement. L'assiette ne peut être ni inférieure à celle correspondant à la cotisation plancher, ni supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond. Le niveau de la garantie ne saurait être inférieur à 75 % du traitement indiciaire brut, à la date d'arrêt de travail.

2.2. Délai d'attente

Pour toutes demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus à l'article 9-1 des statuts, un délai d'attente de 12 mois est appliqué.

Tout arrêt de travail qui débute pendant le délai d'attente ne donnera lieu à aucune indemnisation.

2.3. Montant de la prestation

Le montant versé est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

Les ressources représentent le montant brut versé en cas d'arrêt de travail par l'administration ou la Sécurité sociale et éventuellement par tout autre organisme complémentaire.

3 - Délai de carence

Lorsqu'il est fait application du délai de carence prévu par la Sécurité sociale, la prestation est versée, pendant ce délai, sous déduction des indemnités journalières Sécurité sociale reconstituées.

4 - Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai permettant l'exercice du contrôle médical et avant la reprise du service, accompagnées des documents suivants :

- pour une demande initiale :
  - formulaire de demande de prestation,
  - justificatif de congés : copie des arrêtés de notification de placement en congé maladie (ou relevés des congés émanant de l'employeur),
  - copie des relevés des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.
- pour une prolongation :
  - le cas échéant, une attestation de rechute,
  - copie des arrêtés de maintien ou de prolongation en congé maladie,
  - suite des décomptes de prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.

La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter de la perte partielle ou totale du traitement n'est plus recevable.

5 - Suppression de la prestation

Le versement des allocations journalières prend fin :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle,
- en cas de passage en invalidité,
- au plus tard en cas de mise à la retraite effective du membre participant.

Article 24 - Allocations d'invalidité

1 - Conditions d'attribution

Les allocations d'invalidité sont attribuées au membre participant contraint, pour cause d'invalidité, de cesser l'activité professionnelle ayant permis son adhésion à la MGEN.

Fait générateur : 1er jour de l'arrêt de travail ou date de constatation de l'invalidité si l'adhérent est en invalidité sans avoir été préalablement en situation d'incapacité temporaire de travail.

Toute demande de prestation présentée après un délai de 2 ans à compter de l'obtention de la pension d'invalidité ou de la rente d'invalidité n'est plus recevable.

1.1. Membre participant fonctionnaire titulaire

Le membre participant fonctionnaire a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité.

1.2. Membre participant fonctionnaire stagiaire ou relevant d'un régime général de Sécurité sociale

Le membre participant fonctionnaire stagiaire ou non fonctionnaire a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3 ou d'une pension de vieillesse liquidée au titre de l'inaptitude au travail.

2 - Définition de la garantie

2.1. Niveau de garantie

2-1-1. Définition du niveau de garantie

Suite à cessation, pour cause d'invalidité, de l'activité professionnelle justifiant son adhésion à la MGEN, les allocations d'invalidité complètent les revenus du membre participant à hauteur du niveau de garantie, égal à 50 % du traitement indiciaire brut (TIB) afférent à l'échelon le plus élevé de l'emploi et grade dont il relève (lorsqu'une grille d'évolution de carrière existe).

Le niveau de garantie est au minimum égal :

- à 50% du TIB à la date de mise en invalidité,
- au montant de la Base de Référence Garantie (BRG*).

2-1-2. Cas d'une carrière incomplète :

Un membre participant est considéré avec une carrière incomplète :

- lorsqu'il a débuté son activité professionnelle, ayant permis son adhésion auprès de la MGEN, après l'âge de 35 ans,

et/ou

- lorsqu'il a, pour convenance personnelle, eu des périodes d'activités à temps partiel ou des congés, qui ont entraîné un écart d'au moins 3 ans entre l'ancienneté réelle (prise en compte à la date de retraite pour invalidité) et l'ancienneté maximum qu'il aurait pu acquérir à cette date.

Dans ces deux cas, à compter du 1er janvier suivant le jour où le membre participant atteint l'âge limite correspondant à son emploi, le niveau de garantie est limité au montant de la pension que le membre participant aurait perçu en ayant exercé son activité ayant permis son adhésion à la MGEN jusqu'à l'âge limite applicable pour sa catégorie professionnelle.

Le montant des allocations invalidité versées en cas de carrière incomplète est nécessairement inférieur à celui versé en application de la règle générale prévue au 2.1.1 du présent article.

2.2. Délai d'attente

Pour toutes demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus à l'article 9-1 des statuts, un délai d'attente de 3 ans est appliqué.

Tout arrêt de travail qui débute pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation.

2.3. Montant de la prestation

Le montant versé est calculé de la manière suivante : niveau de garantie sous déduction des ressources.

On entend par ressources les seuls revenus imposables issus des pensions résultant du travail du membre participant ; les revenus issus d'une épargne personnelle volontaire, les pensions de réversion, pensions alimentaires, revenus fonciers ne sont pas pris en compte.

Le montant annuel de la prestation est égal :

- au minimum à 1/30e de la BRG*,
- au maximum au montant total de la BRG*.

La prestation est attribuée pour une année civile. Son règlement est effectué mensuellement.

*BRG : Pour l'année 2015, le montant de la BRG est de 10 718 euros.

3 - Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 2 ans à compter de l'obtention de la pension d'invalidité ou de la rente invalidité accompagnées des documents suivants :

- pour une demande initiale :
  - formulaire de demande de prestation,
  - titre de pension (certificat d'inscription de la pension civile d'invalidité) délivré par l'administration ou la notification de classement en invalidité délivrée par la Sécurité sociale, accompagné du premier justificatif de versement de la pension d'invalidité,
  - uniquement pour les non fonctionnaires de plus de 60 ans, copie de la notification d'une pension vieillesse substituée à une pension pour invalidité ou pour inaptitude.
- pour un renouvellement :
  - formulaire de renouvellement,
  - dernier bulletin de pension d'invalidité ou de vieillesse pour inaptitude,
  - justificatif des ressources (avis d'imposition de l'année N-2, accompagné de la copie des notifications des déclarations fiscales correspondantes).

La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

4 - Suspension et suppression de la prestation

4.1. Suspension

Le versement de la prestation est suspendu en cas de reclassement en invalidité 1e catégorie.

4.2. Suppression

Le versement de la prestation est supprimé :

- lorsque l'intéressé reprend une activité professionnelle,
- ou au premier jour du mois qui suit le décès,
- ou dès que les revenus pris en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieurs à la garantie MGEN.

Chapitre 7
Corem - Garanties additionnelles

Article 25 - Complément retraite mutualiste (Corem)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre la MGEN et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), le membre participant et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime Corem qui a pour objet le service d'un complément retraite par points.

Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.
Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents lors de l'adhésion.

Article 26 - Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Le membre participant ou le bénéficiaire MGEN adhérant au régime Corem a la faculté d'adhérer à cette garantie destinée à assurer, en cas d'invalidité de celui-ci, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement

Article 27 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie. Elle est attribuée en cas de décès d'un membre participant ou bénéficiaire MGEN ayant adhéré au régime Corem.

Chapitre 8
Soutien social et financier

Article 28 - Interventions exceptionnelles

La mutuelle peut accorder au membre participant :

1 - Une **aide exceptionnelle** pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures, infirmité ou décès, jusqu'à concurrence de 1 000 euros.

En cas d'évènements exceptionnels, notamment de catastrophes naturelles, ce montant peut être porté à 1500 euros.

2 - Un **prêt social**, jusqu'à concurrence de 2000 euros, pour les mêmes raisons, sans intérêt et sans frais. Il est remboursable dans un délai maximum de 36 mois selon un échéancier personnalisé.
En cas d'évènements exceptionnels, notamment de catastrophes naturelles, ce montant peut être porté à 3000 euros.
Un nouveau prêt social ne peut être accordé qu'à la condition que le précédent prêt ait été intégralement remboursé par le mutualiste.

3 - Une **avance spéciale** lorsque sa situation administrative n'a pu être régularisée notamment pour raison de maladie, en attente d'un paiement de son administration.

Cette avance, sans intérêt, est plafonnée à 3000 euros.

Elle est remboursable dans un délai maximum de quatre mois à compter de la date d'attribution.

4 - Un **prêt service**, à taux bonifié, d'une durée de 12 à 60 mois, accordé par la Casden Banque Populaire, pour faire face à une situation grave, imprévisible et exceptionnelle. Il n'est pas cumulable avec le prêt social. Le montant de ce prêt peut varier de 1 500 euros à 7 500 euros et doit être remboursé avant que l'adhérent ait atteint 75 ans. Ce prêt est remboursable par mensualité d'au moins 50 euros.

5 - Un **prêt installation** MGEN-Casden, accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt bonifié par la MGEN et la Casden). Le montant de ce prêt peut varier de 1 000 à 3 000 euros.

Ce prêt est remboursable en 36 mensualités maximum.

Le membre participant doit :
- formuler sa demande de prêt par écrit,
- et être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

Les aides exceptionnelles, les prêts sociaux et les avances spéciales sont pris sur une dotation que détermine annuellement l'assemblée générale. Ils font l'objet d'une comptabilité particulière au sein de la comptabilité générale.

Chapitre 9
Décès

Article 29 - Prestation pour frais funéraires

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle est attribuée en cas de décès d'un membre participant ou d'un bénéficiaire en remboursement des frais funéraires.

Article 30 - Prestation invalidité décès

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle a pour objet de garantir au membre participant le paiement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie.

Article 31 - Orphelinat

Cette allocation est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale. Elle est destinée à contribuer à l'éducation des bénéficiaires enfants ou bénéficiaires enfants étudiants.

Chapitre 10
Garanties facultatives décès, incapacité, invalidité

Article 32 - Offre Rassurcap Solutions

Le membre participant ou le bénéficiaire conjoint âgé de moins de 65 ans a la faculté de souscrire le contrat d'assurance individuel décès « Rassurcap Solutions » assuré par Parnasse-MAIF.

La souscription de ce contrat donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande de souscription remise à l'adhérent lors de la souscription.

Article 33 - Contrat facultatif Prévoyance et Assistance obsèques - « Sollicitudes »

Le membre participant et/ ou son (ou ses) bénéficiaire(s) peut adhérer au contrat collectif « Sollicitudes » souscrit par la MGEN auprès du groupe MAIF, pour se couvrir contre les risques suivants :
- la couverture des frais d'obsèques,
- l'assistance (assistance administrative, matérielle, soutien psychologique…).

L'adhésion à ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises à l'adhérent lors de la souscription.

Titre 3
Réalisations sanitaires et sociales

Article 34 - Réalisations sanitaires et sociales MGEN Action sanitaire et sociale

MGEN Action sanitaire et sociale assure l'administration et la gestion d'établissements sanitaires et sociaux. La liste de ces établissements est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Action sanitaire et sociale.

Les membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale bénéficient, par priorité, des soins et services dispensés par ces établissements.

Article 35 - Réalisations sanitaires et sociales MGEN Centres de santé

MGEN Centres de santé assure l'administration et la gestion de centres de santé et d'optique. La liste de ces établissements est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Centres de santé.

Les membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé peuvent bénéficier des soins et services qui y sont dispensés.

Titre 4
Cotisations et compléments

Article 36 - Cotisations

I. Dispositions générales

La cotisation versée par le membre participant couvre une année civile, à l'exception de celle du membre participant étudiant préparant les concours de l'Éducation nationale qui couvre une année universitaire (du 1er octobre au 30 septembre).

1. Actifs

La cotisation est fixée en pourcentage du traitement indiciaire ou de la rémunération brut(e), l'un ou l'autre majoré des primes et indemnités dans la limite, pour les actifs hors section extra métropolitaine, de 20 % du traitement indiciaire brut mensuel (TIB) augmenté de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) ou de 20 % de la rémunération brute. Pour les fonctionnaires les primes et indemnités incluses dans l'assiette de cotisation sont celles retenues au titre de la retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP).

2. Retraités

a) La cotisation est fixée en pourcentage du montant brut de la pension personnelle du membre participant.

b) Le retraité percevant plusieurs pensions personnelles cotise sur la ou les seules pensions acquises au titre d'une ou plusieurs activités ouvrant droit à adhésion.

Le retraité cotisant au titre d'une ou plusieurs pensions personnelles ne cotise pas au titre d'une éventuelle pension de réversion.

L'assiette de cotisation comprend :
- pour les fonctionnaires, la pension personnelle servie par l'administration et la retraite complémentaire obligatoire (retraite additionnelle de la fonction publique instituée par la loi nº 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites),
- pour les autres retraités, la totalité de la pension du régime général et la ou les retraites complémentaires obligatoires (Ircantec ou autres).

c) Le montant de la cotisation des membres participants retraités âgés de plus de 65 ans qui antérieurement au 1er janvier 1986, soit avaient refusé de bénéficier de la garantie décès ou de l'allocation annuelle, soit n'avaient pu y prétendre, est identique au montant de la cotisation appelé auprès des membres participants retraités, mais minoré de la part de cotisation affectée à la Prestation Invalidité Décès (PID).

3. La cotisation des veufs/veuves, des membres participants maintenus, des étudiants préparant les concours de l'Education nationale et des orphelins est forfaitaire.

II. Dispositions particulières

1. Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) Complémentaire

Le taux de cotisation des membres participants actifs et retraités, est adapté pour les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire.

2. Régime d'Alsace Moselle

Le montant de la cotisation est minoré de 25 % pour les membres participants actifs et retraités relevant du régime local de Sécurité sociale d'Alsace Moselle. L'abattement ne concerne pas les catégories de membres participants auxquelles est appliquée une cotisation forfaitaire.

Cette minoration ne s'applique pas aux planchers et plafonds.

3. Majoration de cotisation issue du dispositif de référencement

Lorsqu'un membre participant de plus de 30 ans relevant du chapitre 3 du titre 1 des statuts adhère plus de 2 ans après son entrée dans la fonction publique, sa cotisation est majorée de 2% par année non cotisée après 30 ans dans un dispositif référencé, selon les modalités prévues par le décret 2007-1373 du 19 septembre 2007 et ses arrêtés d'application.

Article 37 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 37-I du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile. Toutefois, s'agissant du bénéficiaire enfant étudiant, le complément de cotisation couvre une année universitaire (1er octobre au 30 septembre).

Ce complément est calculé au prorata, en fonction des mois entiers de la période de couverture.

Il concerne :

1. Le bénéficiaire conjoint

Le complément est dû pour le bénéficiaire conjoint relevant de l'article 11-I des statuts.

2. Les bénéficiaires enfants et enfants étudiants

Le complément est dû pour chaque bénéficiaire enfant et chaque bénéficiaire enfant étudiant relevant respectivement des articles 11-II et 11-III des statuts.

Ce complément de cotisation n'est pas dû à compter du 4e enfant couvert, dès lors que ces quatre bénéficiaires enfants et/ou bénéficiaires enfants étudiants sont rattachés au même membre participant.

Cette gratuité s'applique au complément de cotisation de l'enfant le plus jeune.

Annexes aux règlements mutualistes 1 et 2 MGEN

- Tableaux des cotisations - Membres participants
- Tableaux des compléments de cotisations - Membres bénéficiaires
- Santé
- Audioprothèse
- Hospitalisation
- Optique
- Prestations SEM
- Santé offre Jeunes
- Notice d'information - Caution acquisition MGEN
- Notice d'information - Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Tableaux des cotisations - Membres participants

Sections départementales

Catégories		Cotisation (1) (2) calculée sur : • traitement indiciaire brut (TIB) + nouvelle bonification indiciaire (NBI) + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	**À partir de 30 ans** (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire)	**2,97 %**	423 €	1 573 €
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire)	**80 %** de la cotisation annuelle du MP actif à partir de 30 ans	338 €	1 257 €
Retraité		**3,56 %**	499 €	1 573 €
Bénéficiaire de la CMU-Complémentaire		**1,19 %**	143 €	650 €
		Cotisation (1) sur la base d'un forfait annuel		
Veuf *(défini aux articles 10-V et 18 des statuts)*		**650 €**		
Maintenu	**À partir de 30 ans** (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire)	**567 €**		
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire)	**454 €**		
Étudiant préparant les concours de l'Éducation nationale Pour une couverture du 1/10/2014 au 30/09/2015		**225 €**		
Orphelin *(défini à l'article 18 des statuts)* dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite				
Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans		**108 €**		
Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans		**225 €**		

Section extra métropolitaine

Catégories Groupe S1, S2		Cotisation (1) (2) calculée sur : • traitement indiciaire brut + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	**À partir de 30 ans** (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire)	**3,36 %**	504 €	1 873 €
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire)	**80 %** de la cotisation annuelle du MP Actif à partir de 30 ans	404 €	1 498 €
Retraité		**3,36 %**	504 €	1 873 €
		Cotisation (1) sur la base d'un forfait annuel		
Veuf *(défini aux articles 10-V et 18 des statuts)*		**766 €**		
Maintenu	**À partir de 30 ans** (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire)	**669 €**		
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire)	**535 €**		
Orphelin *(défini à l'article 18 des statuts)* dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite				
Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans		**108 €**		
Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans		**256 €**		

Catégories Groupe M1, S3		Cotisation (1) (2) calculée sur : • traitement indiciaire brut + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	**À partir de 30 ans** (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire)	**5,60 %**	840 €	3 121 €
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire)	**80 %** de la cotisation annuelle du MP Actif à partir de 30 ans	672 €	2 498 €
Retraité		**5,60 %**	840 €	3 121 €
		Cotisation (1) sur la base d'un forfait annuel		
Veuf *(défini aux articles 10-V et 18 des statuts)*		**1 276 €**		
Maintenu	**À partir de 30 ans** (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire)	**1 114 €**		
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire)	**891 €**		
Orphelin *(défini à l'article 18 des statuts)* dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite				
Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans		**167 €**		
Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans		**432 €**		

(1) La cotisation globale toutes taxes comprises, est répartie entre les différentes mutuelles auxquelles le mutualiste adhère, de la manière suivante :
- 89,18 % affectés à la MGEN,
- 2,64 % affectés à MGEN Action sanitaire et sociale,
- 0,54 % affectés à MGEN Centres de santé,
- 7,11 % affectés à MGEN Vie,
- 0,53 % affectés à MGEN Filia, *dont la totalité de la cotisation est affectée à la prestation « service d'aide à domicile ».*

En cas de modification de cette répartition, la nouvelle répartition sera notifiée aux membres participants par le biais de la revue nationale d'information.

(2) Le montant des cotisations est arrondi :
- à l'euro le plus proche en cas de prélèvement sur compte bancaire ou de paiement par chèque,
- au centime d'euro le plus proche en cas de précompte.

Les taux ou montants de cotisations susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'aide à la complémentaire santé mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Tableaux des compléments de cotisations Membres bénéficiaires

Sections départementales

Catégories	Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif* • d'un membre participant retraité	**65 %** de la cotisation du membre participant (1)
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant maintenu À partir de 30 ans (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire) • d'un membre participant bénéficiaire de la CMU-Complémentaire	 **360 €** **295 €** **65 %** de la cotisation du membre participant (1)
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant étudiant préparant les concours de l'Education nationale	**225 €**
Bénéficiaire enfant étudiant Du 1/10/2014 au 30/09/2015	**225 €** (2) dont **154 €** affectés au contrat collectif MGEN-LMDE (3)
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite) **Bénéficiaire de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables** avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite	**225 €** (2)
Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel	**108 €** (2)
Bénéficiaire enfant bénéficiaire de la CMU-Complémentaire	**108 €** (2)

Section extra métropolitaine

Catégories Groupe S1, S2	Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif* À partir de 30 ans (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire) • d'un membre participant retraité	 **624 €** **500 €** **624 €**
Bénéficiaire enfant étudiant Du 1/10/2014 au 30/09/2015	**256 €** (2) dont **154 €** affectés au contrat collectif MGEN-LMDE (3)
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans avec desressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite) **Bénéficiaire de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables** avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite	**256 €** (2)
Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel	**108 €** (2)

Catégories Groupe M1, S3	Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif À partir de 30 ans (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29e anniversaire) • d'un membre participant retraité	 **1 039 €** **832 €** **1 039 €**
Bénéficiaire enfant étudiant Du 1/10/2014 au 30/09/2015	**432 €** (2) dont **154 €** affectés au contrat collectif MGEN-LMDE
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans) avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite **Bénéficiaire de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables** avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite	**432 €** (2)
Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel	**167 €** (2)

(1) Dans la limite d'un plancher égal à 65 % de la cotisation plancher du membre participant et d'un plafond égal à 65 % de la cotisation plafond du membre participant. Le montant annuel des compléments de cotisation plancher et plafond est arrondi à l'euro le plus proche.

(2) Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des enfants bénéficiaires à partir du 4e enfant couvert, dès lors que tous les bénéficiaires enfants sont rattachés au même membre participant.

**** Membre participant actif travaillant à temps partiel :** le complément de cotisation conjoint est calculé sur la totalité du traitement que le membre participant percevrait à temps plein.*

Les taux ou montants de compléments de cotisations susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'aide à la complémentaire santé mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Santé

Nature des frais	**Prestations** Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
1. Honoraires médicaux	
• honoraires des médecins, sages-femmes	30 %
• honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40 %
2. Analyses - Actes de laboratoire	40 %
3. Accessoires et pansements - Petit appareillage et orthopédie	40 %
4. Pharmacie	
• médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	néant
• médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %.	65 %
• médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	35 %
• médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 100 %	néant
• médicaments remboursés à 80 % par la Sécurité sociale aux bénéficiaires du fonds spécial d'invalidité	20 %
• spécialités pharmaceutiques irremplaçables remboursées à 100 % par la Sécurité sociale	néant
5. Forfait contraception *(contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale)* Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture acquittée. Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance.	Dans la limite de 40 € par personne et par année civile
6. Ostéopathie Selon les conditions définies à l'article 4 du règlement mutualiste 2	22,50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
7. Soins externes *(mutualiste non exonéré du ticket modérateur)* En hôpitaux publics, centres médicaux ou dentaires mutualistes, centres créés et gérés par des collectivités locales ou la Sécurité sociale	
• honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	30 %
• honoraires des auxiliaires médicaux, analyses	40 %
• médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	35 %
• médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 35 %	65 %
• produits radio-actifs	35 %
8. Participation forfaitaire visée par l'article R 322-8 du Code de la Sécurité sociale	18 €
9. Frais de transport	
• règle générale	35 %
• assuré exonéré du ticket modérateur	néant
• assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité	néant
10. Cures thermales	
• frais de surveillance médicale	30 %
• pratiques médicales complémentaires	30 %
• frais de traitement en établissement thermal	35 % du forfait thermal
• frais d'hébergement	50 % du forfait de la Sécurité sociale
Frais de transport	
• prestation supplémentaire Sécurité sociale accordée à 65 %	35 %
• prestation supplémentaire Sécurité sociale accordée à 100 %	néant
11. Optique *(sur prescription médicale)* La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier • **prestations hors réseau agréé** • **prestations dans le réseau agréé** Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres, les suppléments divers et les lentilles cornéennes dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.	Voir annexe optique
12. Psychothérapie Selon les conditions définies à l'article 4 du règlement mutualiste 2	8 € par séance dans la limite de 150 séances
13. Amniocentèse Selon les conditions définies à l'article 7 du règlement mutualiste 2	Aide financière d'un montant maximum de 183 € par amniocentèse
14. Dentaire	
14.1. Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux *(remboursables par la Sécurité sociale et selon la nomenclature générale des actes professionnels ou la classification commune des actes médicaux)*	30 %
14.2. Inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale	80 %
14.3. Appareils amovibles remboursés par la Sécurité sociale	
14.3.1. Définitifs	
• Résine	
- de 9 à 13 dents	199 €
- par maxillaire (14 dents)	229 €
• Métal	
- de 1 à 7 dents	206 €
- de 8 à 13 dents	290 €
- par maxillaire (14 dents)	336 €

Nature des frais	**Prestations** Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
14.3.2. Complet transvissé sur implant	336 €
14.3.3. Transitoires	
- de 1 à 7 dents	92 €
- de 8 à 14 dents	183 €
14.3.4. Ajout dent contreplaquée ou massive *(par dent)*	26 €
14.4. Prothèses dentaires fixes	
Prestation non conventionnelle (quand le mutualliste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN)	
14.4.1. Définitives	
• Bridge 3 éléments	360 €
• Couronne remboursée par la Sécurité sociale et/ou pilier de bridge	122 €
• Intermédiaire de bridge	107 €
14.4.2. Transitoires (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)	
• couronne et/ou pilier de bridge	31 €
• intermédiaire de bridge	31 €
14.4.3. Inlay core remboursés par la Sécurité sociale	80 %
Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie : - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses définies aux paragraphes 14.4.1. et 14.4.2. (à l'exclusion des éléments de bridge) et 14.4.3. Se renseigner auprès des centres de service MGEN.	
14.5. Implantologie	
14.5.1. 1 implant (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	518 €
14.5.2. 1 couronne définitive sur implant, remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 2 couronnes définitives sur implant sur 2 années civiles)	122 €
14.6. Réparations sur appareil amovible	
14.6.1. Résine : réparation / adjonction - changement d'élément	23 €
Par élément supplémentaire	80 %
14.6.2. Métal : réparation de fracture / adjonction changement par élément	46 €
Réparation avec remontage par élément	80 %
14.6.3. Rebasage	46 €
14.6.4. Changement de facette (par élément)	61 €
14.7. Cas particuliers	
14.7.1. Attelle de contention	183 €
14.7.2. Traitement d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - Gouttières occlusales, mainteneur d'espace, pose de guide chirurgical	122 €
14.7.3. Pose de facette	61 €
14.7.4. Couronnes pédiatriques	61 €
14.8. Orthodontie	
Prestation non conventionnelle (quand le mutualliste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN)	
14.8.1. Traitement pris en charge par la Sécurité sociale	50 %
14.8.2. Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale *(après avis favorable de l'orthodontiste conseil de la MGEN)* • finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7e semestre uniquement • traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres maximum	90 %
Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie : - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux traitements définis au paragraphe 14.8. Se renseigner auprès des centres de service MGEN.	
15. Autres prothèses, sur prescription médicale	
15.1. Prothèses oculaires *(sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale et par référence à sa nomenclature)*	
• prothèse de première intention	145 €
• prothèse définitive	328 €
• prothèse de renouvellement avec moulage	412 €
• prothèse de renouvellement sans moulage	298 €
• prothèse oculaire en verre	130 €
15.2. Audioprothèse *(sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)* La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste. • Prestations hors réseau conventionné • Prestations dans le réseau conventionné Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste conventionné avec la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.	Voir annexe Audioprothèse
15.3. Prothèses capillaires *(sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)*	
• postiches et perruques	229 €
15.4. Prothèses mammaires externes	
• par prothèse *(sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)*	130 €
• Forfait produits complémentaires (Supports double-face remboursés par la Sécurité sociale, soutien-gorge prescrit et adapté aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et supports double-face, set mamelons auto-adhérents).	130 € par année civile

Audioprothèse

Nature des frais (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	**Mutualiste de moins de 20 ans Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité**		**Mutualiste de 20 ans et plus**	
	Prestations hors réseau conventionné	**Prestations dans le réseau conventionné***	**Prestations hors réseau conventionné**	**Prestations dans le réseau conventionné***
Achat	650 € par appareil	750 € par appareil	550 € par appareil	650 € par appareil
			Dans la limite de 2 appareils par an	
Forfait annuel entretien et réparation. Cette prestation ne concerne pas les bénéficiaires de l'Offre Jeunes	50 € par appareil		50 € par appareil	

*** Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste conventionné avec la MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives, dans la limite des prestations fixées ci-dessus. La liste des audioprothésistes conventionnés avec la MGEN peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN.**

Hospitalisation

Maladie - Chirurgie - Maternité

Nature des frais	**Prestations** Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Prestation non conventionnelle Quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec la MGEN	
1. Honoraires médicaux	
1.1. Ticket modérateur	20 %
1.2. Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale	18 €
1.3. Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement	30 %
2. Hébergement et frais de séjour	20%
3. Forfait journalier hospitalier	Dans la limite de :
3.1. Séjour dans un établissement psychiatrique	13,50 € par jour
3.2. Séjour dans un autre établissement	18 € par jour
4. Chambre particulière *en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée*	
•Maladie, chirurgie, obstétrique, maternité	33€ par nuitée
•Psychiatrie	30€ par nuitée
•Soins de suite	18,50€ par nuitée
5. Frais d'accompagnant Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation, ou dans l'une des structure d'accueil agréées par la MGEN, pour l'accompagnant d'un mutualiste : • de moins de 16 ans, • ou de plus de 70 ans, • ou en situation de handicap. Se renseigner auprès de la section départementale.	25 € par nuit
Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec la MGEN dans le cadre d'un conventionnement mutualiste, il peut bénéficier : - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Pour les honoraires médicaux, le conventionnement mutualiste prévoit la prise en charge complète à hauteur des honoraires négociés avec le professionnel de santé, à condition que celui-ci soit lui même conventionné. Se renseigner auprès de la section départementale.	

Optique

Nature des frais *(sur prescription médicale)*	Prestations avant 18 ans		Codification Sécurité sociale	Prestations à partir de 18 ans		Codification Sécurité sociale
Type de verres	Par verre(1)			Par verre(1)		
	Prestations hors réseau agréé	Prestations dans le réseau agréé*		Prestations hors réseau agréé	Prestations dans le réseau agréé*	
Verre unifocal de faible et moyenne correction *sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à 4.00*	22,50 €	30 €	2261874 2200393	45 €	60 €	2203240 2259966
Verre unifocal de forte correction *sphère au-delà de 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à 4.00*	30 €	40 €	2243304 2243540 2273854 2238941 2245036 2283953	63,75 €	85 €	2280660 2282793 2235776 2212976 2288519 2284527
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction *sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre*	48,75 €	65 €	2259245 2240671	105 €	140 €	2290396 2227038
Verre progressif ou multifocal de forte correction *sphère au-delà de 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de 8.00 en présence d'un cylindre*	52,50 €	70 €	2238792 2234239	120 €	160 €	2245384 2202239
Monture						
L'unité (2)	35 €			60 €		
Lentilles cornéennes						
Prises en charge par la Sécurité sociale Non prises en charge par la Sécurité sociale	92 € / an / oeil 54 € / an / oeil			92 € / an / oeil 54 € / an / oeil		
Suppléments divers						
Prisme incorporé, quelle que soit sa puissance	15 €		2287862	13 €		2247905
Système antiptosis	28 €		2293957	28 €		2200795
filtre chromatique ou ultraviolet	17 €		2222408	23 €		
Verres iséïconiques	40 % de la base de remboursement Sécurité sociale		2204066	40 % de la base de remboursement Sécurité sociale		2278219
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries	18 €		2246716	21 €		2274109
filtre d'occlusion partielle, l'unité	4 €		2269025 (3)	Néant		Néant
Prisme souple, l'unité	12 €		2227920 (3)	Néant		Néant
Supplément pour monture de lunettes à coque	16 €		2227908 (3)	Néant		Néant

*** Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations ci-dessus. La liste des opticiens agréés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN**
Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

À partir de 13 ans : (1) Remboursement limité à l'achat de 4 verres par période de 2 ans (soit l'année de l'achat + 1 année civile).
(2) Remboursement limité à l'achat d'une monture de lunettes par période de 2 ans (soit l'année de l'achat + 1 année civile)
(3) Tarifs concernant les enfants avant leur 6e anniversaire

Nature des frais	Prestations (forfaits) *Ces prestations ne concernent pas les bénéficiaires de l'offre Jeunes*
Chirurgie réfractive de l'oeil (dont kératotomie)	365 € / oeil Dans la limite des dépenses engagées. Seules deux participations peuvent être attribuées à la même personne au cours de sa vie.
Système à vision télescopique (s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	130 € / oeil (sur prescription médicale)

Prestations SEM

Nature des frais	Prestation
Groupe S1, S2 *Adhérents bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) à la fois en France et à l'étranger*	
Frais médicaux *(en France et à l'étranger)*	**Cf. annexe « Santé » :** complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB.
Hospitalisation	
Hospitalisation en France	**Cf. annexe « Hospitalisation » :** Application des règlements hospitalisation de la MGEN et de la législation française dont l'adhérent relève.
Hospitalisation à l'étranger	**Complément MGEN :** 70 % ou 50 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger). Dispense d'avance des frais dans un établissement du réseau MGEN international (1).
Groupe S3 *Adhérents bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) en France et éventuellement à l'étranger*	
Frais médicaux	
Frais médicaux en France	**Cf. annexe « Santé » :** complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB.
Frais médicaux à l'étranger	
a) Pharmacie	70 % de la dépense engagée.
b) Autres frais médicaux *cf. annexe « Santé » points 1 à 3 et 5 à 11*	Prestation MGEN majorée correspondant à 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale + le cas échéant différence entre le tarif MGEN et le tarif de la Sécurité sociale.
Hospitalisation	
Hospitalisation en France	**Cf. annexe « Hospitalisation » :** Application des règlements hospitalisation de la MGEN et de la législation française dont l'adhérent relève.
Hospitalisation à l'étranger	• Au maximum 150 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger) • Dispense d'avance des frais dans un établissement du réseau MGEN International (1).
Cas particuliers	**Sous réserve d'accord préalable**
Maisons de soins de suite et de réadaptation	80 % du tarif de la Caisse des Français à l'étranger.
Maisons d'enfants à caractère sanitaire non spécialisé	80 % du tarif de la Caisse des Français à l'étranger.
Groupe M1 *Adhérents bénéficiaires partiellement d'une couverture sociale de base (CSB) : soit en France ; soit à l'étranger*	
Frais médicaux	
Frais médicaux en France	
a) Frais médicaux *cf. annexe « Santé » points 1 à 15 sauf point 14.8*	80 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale + le cas échéant différence entre le tarif MGEN et le tarif de la Sécurité sociale.
b) Orthodontie	100 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.
Frais médicaux à l'étranger	**Cf. annexe « Santé » :** complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB.
Hospitalisation	
Hospitalisation en France	**Cf. annexe « Hospitalisation » :** Application de la législation de la Sécurité sociale française et des règlements hospitaliers de la MGEN. 80 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.
Hospitalisation à l'étranger	**Complément MGEN :** 70 % ou 50 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger).

(1) Appel préalable de MGEN International. Dispositions appliquées aux seuls mutualistes gérés par la SEM au premier euro ***(bénéficiaires du régime obligatoire de Sécurité sociale français ou du régime volontaire de la Caisse des Français de l'étranger + mutualistes MGEN).***

Santé offre jeunes

Prestations bénéficiaires enfants étudiants *(du 01/10/2014 au 30/09/2015)*
Prestations bénéficiaires enfants de 18 ans à 28 ans *(du 01/01/2015 au 31/12/2015)*
Prestations membres participants étudiants préparant les concours de l'Éducation nationale *(du 01/10/2014 au 30/09/2015)*

Nature des frais	Prestations Sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale ou Forfaits.		
	Prestations* servies pour les bénéficiaires enfants étudiants issues du contrat collectif (MGEN-LMDE) souscrit par la MGEN auprès de la LMDE*[1]	Prestations servies pour les bénéficiaires enfants de 18 ans à 28 ans, selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN	Prestations servies pour les membres participants étudiants préparant les concours de l'Education nationale selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN
Médecin traitant, médecin correspondant, médecin d'accès direct	30 %		
Autre médecin (hors parcours de soins)	30 %		
Pharmacie — Médicaments remboursés à 30 % par la Sécurité sociale	70 %		
Pharmacie — Médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale	35 %		
Stérilet et implant contraceptif : dispositifs médicaux	40 %		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale**	20 % à 0 %		
Transport**	35 %		
Soins externes dans un établissement public hospitalier**	40 % à 0 %		
Forfait journalier hospitalier psychiatrie**	13,50 €		
Autre forfait journalier hospitalier**	18 €		
Soins dans établissements conventionnés à 100 % avec la LMDE	40 % à 0 %	Néant	
Chirurgie sans hospitalisation	30 % à 0 %		
Laboratoire	40 %		
Auxiliaires médicaux	40 %		
Orthopédie / Prothèse**	40 % à 0 %		
Optique**	40 %		
Soins dentaires**	30 %		
Prothèse dentaire	30 %		
Consultation annuelle de prévention bucco-dentaire	30 %		
Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale	18 €		
Actes de prévention (5)	Oui		
Forfait contraception (pilule contraceptive de nouvelles générations, anneau vaginal et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) (2) (3)	60 € / an (15 € / trimestre)		
Forfait contraception d'urgence (pilule du lendemain) (2) (4)	10 € / an		
Forfait test de grossesse (2) (4)	10 € / an		
Forfait préservatifs féminins et masculins (2) (4)	40 € / an		
Vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale (2) (3)	90 € / an		
Forfait arrêt tabac (2) (3) (substituts nicotiniques)	90 € (2 forfaits de 45 € par an)		
Forfait diététique (6)	15 € x 3 / an		
Protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées) (2) (4)	10 € / an		
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (2) (3)	15 € / an		
Forfait psychothérapie (5 consultations / an) (7)	16 € / consultation		
Forfait ostéopathie (8)	20 € x 2 / an		
Forfait éthylotest (répondant aux normes en vigueur) (10)	10 € / an		
Mutexam	Oui	Néant	
Allocation mutualiste de solidarité	Oui		
Fonds d'aide à la compensation du handicap	Oui		
Soins consécutifs à un accident garanti	370 % à 300 %		
Étudiants salariés - Indemnité journalière hospitalière (9)	20 € / jour		

** Voir complément MGEN page suivante

Nature des frais Selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN	**Prestations** Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits Prestations servies par la MGEN pour les BEE (à titre dérogatoire pour l'année universitaire en cours) pour les BE non étudiants et pour les Membres participants Etudiants préparant les concours de l'Education nationale
Optique - monture, l'unité, - verres, - lentilles Prises en charge par la Sécurité sociale Non prises en charge par la Sécurité sociale Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres, les suppléments divers et les lentilles cornéennes dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.	Voir annexe Optique MGEN *(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur)* **à l'exclusion de la chirurgie réfractive de l'œil et du système à vision télescopique, prestations non ouvertes aux bénéficiaires de l'offre Jeunes.**
Dentaire	
■ **Soins dentaires inlay onlay** remboursés par la Sécurité sociale	80 % *(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur)*
■ **Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale** • **Prestation non conventionnelle** (quand le mutualiste n'a pas recours à un praticien conventionné) :	80 % *(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur)*
• **Prestation conventionnelle** Quand le mutualiste a recours à un praticien conventionné avec la MGEN, il bénéficie : - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Ces dispositions s'appliquent aux prothèses dentaires fixes (définies aux paragraphes 14.4.1 et 14.4.2) à l'exclusion des éléments de bridge, et 14.3.3 de l'annexe Santé). Se renseigner auprès des centres de service MGEN.	
■ **Orthodontie** • **Prestation non conventionnelle** (quand le mutualiste n'a pas recours à un praticien conventionné avec la MGEN) :	
Traitement pris en charge par la Sécurité sociale,	50 %
Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste conseil de la MGEN), - finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7e semestre uniquement, - traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres maximum.	90 %
• **Prestation conventionnelle** Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie : - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Ces dispositions s'appliquent aux traitements définis au paragraphe 14.8 de l'annexe Santé. Se renseigner auprès des centres de service MGEN.	
Audioprothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) - achat La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste. • Prestations hors réseau conventionné • Prestations dans le réseau conventionné Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste conventionné avec la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.	Voir annexe Audioprothèse MGEN *(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur),* **à l'exclusion du forfait entretien et réparation, prestation non ouverte aux bénéficiaires de l'Offre Jeunes**
Prothèses mammaires externes	Voir annexe Santé MGEN (point 15-4) *(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur)*
Hospitalisation *(maladie, chirurgie, maternité)* • **Prestation non conventionnelle** - Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée.	
•Maladie, chirurgie, obstétrique, maternité	33€ par nuitée
•Psychiatrie	30€ par nuitée
•Soins de suite	18,50€ par nuitée
- Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement.	30 %
• **Prestation conventionnelle** Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec la MGEN dans le cadre d'un conventionnement mutualiste, il bénéficie : - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Pour les honoraires médicaux, le conventionnement mutualiste prévoit la prise en charge complète à hauteur des honoraires négociés avec le professionnel de santé à condition que celui-ci soit lui-même conventionné. Se renseigner auprès des centres de services MGEN.	
Amniocentèse	Dans la limite de 183 €

(*) Les taux de remboursement de la mutuelle s'appliquent sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'assemblée générale de La Mutuelle des Étudiants des 1er et 2 juin 2013. Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale est sans incidence sur les prestations mutualistes.
(1) Les prestations comprises dans le contrat collectif MGEN-LMDE sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable et aux textes d'application R. 871-1 et R. 871-2. Elles prévoient notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006. Elles ne couvrent notamment pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées à l'article L.322-2 du Code précité. La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.
(2) Pour les BEE, remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite.
(3) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée. Pour le forfait «arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de Sécurité sociale. Pour le forfait médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, la liste de ces médicaments peut être adressée sur demande expresse du mutualiste. La facture est établie obligatoirement par une pharmacie d'officine.
(4) Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Pour les protections auditives (moulées, jetables ou réutilisables) remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée précisant la catégorie des protections achetées.
(5) Selon les dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006, les actes de prévention comprennent : vaccins, rappels remboursés par la Sécurité sociale, détartrage annuel dentaire.
(6) Forfait de 15 € par consultation dans la limite de 3 consultations par an réalisées par un diététicien. Versement sur présentation d'une facture nominative acquittée.
(7) Forfait de 16 € par consultation dans la limite de 5 consultations par an, réalisées par un psychologue clinicien. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée.
(8) Forfait de 20 € par consultation dans la limite de 2 consultations par an. Versement sur présentation d'une facture nominative acquittée.
(9) À compter du 4e jour consécutif (de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, accident ou opération chirurgicale), dans la limite de 30 jours par année universitaire.
(10) Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Prestations de la couverture internationale MGEN

La couverture internationale incluse dans l'offre Jeunes MGEN comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenu à l'étranger. *Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MGEN auprès de IMA, au bénéfice :*

- des Bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des Bénéficiaires Enfants Étudiants.

Le Bénéficiaire de l'offre Jeunes MGEN bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuant des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- avoir sa résidence principale à l'étranger et effectuant des séjours d'études et touristiques dans un autre pays que celui de résidence et autre que la France,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB) en France et à l'étranger.

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française.

La garantie frais médicaux

Nature des frais	Montant des prestations santé
SOINS EXTERNES HORS dentaires et équipement optique	Le montant des prestations MGEN intervient sous déduction de la CSB et dans la limite de la dépense engagée. Prise en charge des soins externes (hors dentaires et équipements optiques) dans la limite des frais engagés et d'un plafond annuel de 23 000 €. Pour toute prestation, la MGEN demandera le remboursement de la part prise en charge par le régime obligatoire. **1. ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE** Prise en charge de 100 % de la facture présentée (après négociation dans le réseau par TCS, correspondant d'IMA aux USA) sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes, que le bénéficiaire acquitte directement auprès du professionnel de santé du réseau. TCS règle la totalité de la facture moins la franchise. **Franchises aux Etats-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :** • Consultation généraliste : 60 US $, • Consultation spécialiste : 100 US $, • Consultation aux urgences* : 300 US $, • Scanner : 300 US $, • IRM : 300 US $, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 40 US $ pour une séance d'une heure. **2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG compris, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE** Prise en charge de 100 % de la facture présentée sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes. Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à la MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire. **Franchises aux Brésil, Mexique, Chine et Hong-Kong compris, Japon, Singapour et Confédération Helvétique appliquées aux soins externes :** • Consultation généraliste : 20 € si facture ⩾ 75 €, • Consultation spécialiste : 30 € si facture ⩾ 100 €, • Consultation aux urgences* : 100 € si facture ⩾ 500 €, • Scanner : 100 €, • IRM : 100 €, • Actes de radiologie 20 € si facture ⩾ 90 €, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 20 € pour 10 séances. * La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission. **3. AUTRES PAYS** Prise en charge de 90 % des frais réels dans la limite du plafond. Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à la MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.
SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) **et équipements optique**	**DENTAIRE :** Prise en charge par la MGEN uniquement des soins non prévisibles ou suite à accident (soins + prothèses) • prothèses suite à accident : prise en charge sur la base du remboursement de la couronne céramo métallique au sein du réseau conventionné MGEN en France (maximum 397 € par prothèse), • soins d'urgence autres que prothèses : 90 % des frais réels sans franchise. **OPTIQUE :** Cf. Annexe optique MGEN
HOSPITALISATION	**Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, la MGEN complète la prise en charge de la CSB** **1/ Prestation non conventionnelle (établissement hors du réseau agréé IMA/MGEN international)** Une hospitalisation hors du réseau IMA résultant d'un choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence), ne fera pas l'objet d'une prise en charge d'IMA (pas de contrôle médical ni de dispense d'avance de frais). Hors du réseau d'établissements hospitaliers agréés, les adhérents doivent acquitter la totalité de la facture puis se faire rembourser auprès de leur Sécurité sociale ou CSB et auprès de la MGEN au titre de leur complémentaire. Prise en charge à hauteur de 70 % des frais réels dans la limite des frais engagés et d'un plafond de 75 000 € par hospitalisation. **2/ Prestation conventionnelle (établissement dans le réseau agréé IMA/MGEN international)** Une dispense d'avance des frais d'hospitalisation est accordée à tous les Bénéficiaires de l'offre Jeunes, sous réserve qu'ils contactent au préalable IMA/MGEN international pour une orientation vers un établissement hospitalier agréé IMA/MGEN international. Les bénéficiaires devront alors rembourser la MGEN de la part des frais d'hospitalisation avancée pour le compte de leur régime obligatoire, la MGEN étant subrogée dans leurs droits. Prise en charge à hauteur de 100 % des frais réels dans la limite du plafond de 150 000 € par hospitalisation.

Couverture internationale supplémentaire facultative

La couverture internationale supplémentaire facultative comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenus à l'étranger. Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MGEN auprès de IMA, au bénéfice :

- des Bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des Bénéficiaires Enfants Étudiants.

Le Bénéficiaire de l'offre Jeunes MGEN bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuant des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- avoir sa résidence principale à l'étranger et effectuant des séjours d'études et touristiques dans un autre pays que celui de résidence et autre que la France,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB) en France et à l'étranger.

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale supplémentaire facultative intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française.

Elle donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

La garantie frais médicaux

Nature des frais	Montant des prestations santé
SOINS EXTERNES HORS dentaires et équipement optique	**1. ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE** Prise en charge de 100 % de la facture présentée (après négociation dans le réseau par TCS, correspondant d'IMA aux USA) sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes, que le bénéficiaire acquitte directement auprès du professionnel de santé du réseau. TCS règle la totalité de la facture moins la franchise. Plafond total de 123 000 € si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative). **Franchises aux Etats-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :** • Consultation généraliste : 15 US $, • Consultation spécialiste : 20 US $, • Consultation aux urgences* : 60 US $, • Scanner : 60 US $, • IRM : 60 US $, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 10 US $ la séance complète. **2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG compris, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE et AUTRES PAYS** La couverture internationale supplémentaire facultative vient en complément de la couverture comprise de l'offre. Elle intervient à hauteur de 80 % du montant restant à charge, franchise incluse. Plafond total de 123 000 € si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative).
SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) **et équipements optique**	**DENTAIRE** **Prise en charge de tous les soins et prothèses.** **Forfait complémentaire de 500 € par an.** **OPTIQUE** **Forfait complémentaire de 150 € par an (verres, montures, lentilles).**
HOSPITALISATION	**Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, la MGEN complète la prise en charge de la CSB** Hospitalisation hors d'un établissement hospitalier du réseau, résultant du choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence) : - pas de prise en charge possible par IMA, donc pas de contrôle médical ni de paiement de la part d'IMA. Les adhérents doivent effectuer la totalité du paiement à l'établissement, puis se faire rembourser par leur RO*, puis par la MGEN. * RO ou CSB (Couverture sociale de base) : LMDE, autre centre de Sécurité sociale étudiante, CPAM... La demande de remboursement au RO est effectuée dans la cas où la Sécurité sociale de l'adhérent n'est pas gérée par la MGEN. - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans la couverture internationale supplémentaire facultative, - plafond total de 125 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (75 000 € en inclusion + 50 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative). Hospitalisation dans les établissements hospitaliers agréés du réseau : - dispense d'avance des frais : paiement par IMA de la totalité des frais à l'hôpital sauf les 20 % restant à charge en cas de dépassement éventuel du plafond, - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans le complément facultatif, - plafond total de 250 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (150 000 € en inclusion + 100 000 € dans le complément facultatif). IMA, via ses médecins contrôle le diagnostic, les soins envisagés au regard du diagnostic, négocie le devis des soins, puis effectue le paiement de la facture directement à l'hôpital.

Notice d'information
Contrat d'adhésion collectif annuel MGEN-LMDE

La Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), ci-après désignée la MGEN ou le Souscripteur, a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de la Mutuelle des Étudiants (LMDE) immatriculée sous le numéro SIREN 431 791 672 et soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ci-après désignée la Mutuelle ayant pour objet de faire bénéficier ses bénéficiaires enfants étudiants de garanties santé.

La LMDE, ci-après désignée la LMDE ou la Mutuelle, est substituée par MGEN (Mutuelle immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399 et soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, 3 square Max Hymans – 75748 PARIS CEDEX 15) pour la constitution des garanties relevant des branches 1 et 2 pour la délivrance des engagements nés ou à naître de la LMDE, relativement aux risques apportés ou à apporter à l'égard des membres participants de la LMDE et de leurs ayants droit, tels que ces risques sont définis, selon son objet, à l'article 2 de ses statuts et à son règlement mutualiste, sans exception, ni réserve, mais seulement pour ces engagements, à l'exclusion de toute autre gestion et notamment de celle prise par la LMDE dans le cadre de son activité de gestionnaire du régime obligatoire ou de ses activités relevant du livre III du code de la mutualité et exercées à titre accessoire ou de toute autre activité liée à sa propre gestion ou à une gestion pour le compte de tiers.

Si l'agrément accordé à la MGEN lui est retiré, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'adhérent, à due concurrence du montant versé.

Titre I - Dispositions générales

Article 1 - **Objet du contrat**

Le contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires enfants étudiants des membres participants de la MGEN, le versement de prestations santé en complément du régime général de sécurité sociale, des actions de prévention et de promotion de la santé et de la solidarité.

Plus précisément, ce contrat a pour objet de garantir les bénéficiaires enfants étudiants tels que définis à l'article 3, des risques définis au titre II.

Le terme « bénéficiaire enfant étudiant » désigne la personne bénéficiaire dudit contrat.

Article 2 - **Prise d'effet, durée et résiliation du contrat**

Le contrat susmentionné a pris effet le 1er octobre 2009 et s'est poursuivi jusqu'au 30 septembre 2010.

Il se renouvelle ensuite, par année universitaire, par tacite reconduction à chaque 1er octobre, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, au moyen d'une lettre recommandée adressée au moins trois mois avant cette date.

En cas de résiliation, la garantie cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat dans les conditions posées par le code de la mutualité.

Article 3 - **Composition du groupe assuré - Bénéficiaires des prestations**

Sont garantis, et ce à titre obligatoire **les « bénéficiaires enfants étudiants »** tels que définis par les statuts de la MGEN, qui prévoit la possibilité pour le membre participant MGEN d'étendre la couverture à son enfant étudiant et lui faire acquérir ainsi la qualité de bénéficiaire enfant étudiant si ce dernier répond aux conditions suivantes :

- Avoir 16 ans à la date du 1er octobre de l'année universitaire en cours
- Avoir la qualité d'étudiant

Article 4 - **Prise d'effet et durée de l'adhésion et de la garantie**

L'adhésion et la garantie prennent effet à la date à laquelle l'enfant du membre participant MGEN acquiert la qualité de bénéficiaire enfant étudiant au regard des critères définis par l'article 3,.

L'adhésion et le droit à garantie cessent de produire leurs effets en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- Lorsque les conditions de l'article 3 ne sont plus remplies.
- En cas de non paiement du complément de cotisation dans les conditions de l'article L.221-8-I du Code de la mutualité,
- À la date d'effet de résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la Mutuelle,
- En cas de décès du bénéficiaire enfant étudiant,
- En cas de fausse déclaration.

Article 5 - **Devis et expertise**

Qu'ils soient demandés par la LMDE ou produits spontanément par le bénéficiaire enfant étudiant, la LMDE se réserve le droit de soumettre les devis à l'examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

Article 6 - **Réticence ou fausse déclaration**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la Mutuelle à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du Code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la Mutuelle qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

La mutuelle peut également exiger une augmentation des cotisations proportionnelles, conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, en cas de fausse déclaration non intentionnelle.

Article 7 - **Prescription**

En application de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.**

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception adressée à la mutuelle.

Article 8 - **Subrogation de la Mutuelle**

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la LMDE est subrogée de plein droit au bénéficiaire enfant étudiant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la LMDE a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du bénéficiaire enfant étudiant.

Article 9 - **Représentation des bénéficiaires enfants étudiants au sein de La Mutuelle des Étudiants**

À la date de leur adhésion, les bénéficiaires enfants étudiants deviennent membres participants de la LMDE. Leur représentation dans les instances de la LMDE s'exerce dans les conditions prévues aux statuts de la LMDE.

Article 10 - **Renseignements - Réclamations**

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation de la présente notice doivent être formulées auprès de la LMDE à l'adresse de correspondance TSA mentionnée sur la carte d'adhérent mutualiste.

Article 11 - **Autorité chargée du contrôle des mutuelles**

L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09 - est chargée du contrôle de la LMDE.

Article 12 - **Informatique et Libertés**

Les renseignements concernant le bénéficiaire enfant étudiant de la MGEN figurent sur les fichiers de la LMDE. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, il peut en demander la communication ou la rectification et s'opposer à toute diffusion en s'adressant à :

La Mutuelle des Etudiants (LMDE)
Service Juridique
37, rue Marceau
94200 Ivry-Sur-Seine

Titre II - Prestations garanties

Article 13 - **Définition des prestations garanties**

Le bénéficiaire enfant étudiant défini à l'article 3 bénéficie, :

- des prestations complémentaires santé telles que définies à l'article 15 de la présente notice, ainsi que celles définies dans le tableau des prestations santé Offre Jeunes figurant en annexe des règlements mutualistes MGEN,
- des actions de préventions, de promotion de la santé et de la solidarité,
- et plus généralement de toute action relevant de l'objet social de LMDE tel que défini à l'article 2 de ses statuts.

Article 14 - **Contrat solidaire et responsable**

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

Le contrat est conforme aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et aux textes d'application R. 871-1 et R. 871-2. Il prévoit notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Il ne couvre notamment pas la participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L.322-2 du code précité

Article 15 - **Prestations garanties**

À compter du 1er octobre 2014, les prestations garanties par la LMDE au titre du contrat sont les suivantes :

OFFRE JEUNES	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Forfait contraception (Pilule contraceptive de nouvelles générations, anneau vaginal et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) (15 € par trimestre)	**60 €** (4 trim.)	**45 €** (3 trim.)	**45 €** (3 trim.)	**45 €** (3 trim.)	**30 €** (2 trim.)	**30 €** (2 trim.)	**30 €** (2 trim.)	**15 €** (1 trim.)
Vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale	**90 €**	**67,50 €**	**60 €**	**52,50 €**	**45 €**	**37,50 €**	**30 €**	**22,50 €**
Forfait Arrêt Tabac (Substituts nicotiniques ouvrant droit au forfait Sécurité sociale)	**90 €** (2 forfaits de 45 €)	**67,5 €** (2 forfaits de 33,75 €)	**60 €** (2 forfaits de 30 €)	**52,50 €** (2 forfaits de 26,25 €)	**45 €** (1 forfait de 45 €)	**37,50 €** (1 forfait de 37,50 €)	**30 €** (1 forfait de 30 €)	**22,50 €** (1 forfait de 22,50 €)
Forfait préservatifs féminins et masculins	**40 €**	**30 €**	**26,50 €**	**23,50 €**	**20 €**	**16,50 €**	**13,50 €**	**10 €**
Forfait test de grossesse	**10 €**	**7,50 €**	**6,50 €**	**6 €**	**5 €**	**4 €**	**3,50 €**	**2,50 €**
Forfait contraception d'urgence (pilule du lendemain)	**10 €**	**7,50 €**	**6,50 €**	**6 €**	**5 €**	**4 €**	**3,50 €**	**2,50 €**
Forfait protections auditives (moulées, jetables ou réutilisables)	**10 €**	**7,50 €**	**6,50 €**	**6 €**	**5 €**	**4 €**	**3,50 €**	**2,50 €**
Forfait sécurité routière (éthylotests)	**10 €**	**7,50 €**	**6,50 €**	**6 €**	**5 €**	**4 €**	**3,50 €**	**2,50 €**
Forfait médicaments (acnée, allergie) prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	**15 €**	**11,25 €**	**10 €**	**8,75 €**	**7,50 €**	**6,25 €**	**5 €**	**3,75 €**

Les modalités de mise en jeu des garanties sont énoncées dans le règlement mutualiste de la LMDE.

Article 16 - **Risques exclus**

Les risques exclus de la garantie visée à l'article 15 sont ceux définis aux articles 16.5 et 17.3 du règlement mutualiste de la LMDE :

« Article 16 - **Prestations Accident**

16.5 - Exclusions

Sont exclus :

- les accidents survenus en dehors de la période d'ouverture de droits aux prestations accident,
- les suites d'accidents, d'infirmité dont la survenance est antérieure à la date d'effet du droit aux prestations accident,
- les accidents occasionnés par :
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- l'aliénation mentale, les attaques de paralysie, d'apoplexie ou d'épilepsie,
- une infirmité préexistante,
- l'ivresse ou l'état alcoolique,
- la tentative de suicide, l'intoxication, le malaise,
- l'exercice d'une activité professionnelle dès lors qu'elle n'est pas conseillée ou ordonnée par l'établissement d'enseignement du membre participant ou de ses ayants droit,
- la navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essai ou sur prototype,
- les sports aériens, le saut à l'élastique, les sports aquatiques pratiqués avec ou sans un engin à moteur, les sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur, la plongée sous-marine, le combat, les épreuves de sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional, les sports à titre professionnel,
- les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels le membre participant ou ses ayants droit participent, les sinistres d'origine nucléaire. »

« Article 17 - **Indemnités journalières hospitalières**

17.3 - Exclusions

N'ouvrent pas droit au versement de la prestation Indemnités Journalières hospitalières les hospitalisations occasionnées par :

- la faute intentionnelle ou dolosive du membre de la mutuelle,
- l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement,
- l'ivresse ou état alcoolique,
- la participation du membre de la mutuelle à des compétitions ou à leurs essais, même à titre amateur, dans les sports suivants :
- sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur,
- sports aériens,
- sports aquatiques pratiqués avec un engin à moteur,
- plongée sous marine,
- sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement,
- combat,
- la pratique du saut à l'élastique,
- la maladie d'origine psychologique ou psychiatrique (y compris les maladies nerveuses),
- les guerres civiles ou étrangères, émeutes, cataclysmes, sinistres d'origine nucléaire. »

Article 17 - **Limite des remboursements**

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire enfant étudiant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la LMDE ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la LMDE seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la LMDE sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire enfant étudiant est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la LMDE ne prend à sa charge que les frais non couverts par cette police dans la limite de son engagement contractuel.

Article 18 - **Étendue territoriale des garanties**

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer

Titre III - Cotisation

Article 19 - **Montant et périodicité de la cotisation**

La garantie mentionnée à l'article 15 de la présente notice est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle de 154 € par bénéficiaire.

En cas d'adhésion d'un bénéficiaire enfant étudiant en cours d'année universitaire, la cotisation est calculée prorata temporis. Tout mois commencé est dû.

La périodicité de la cotisation est indiquée sur l'échéancier et appelée par le Souscripteur auprès du membre participant.

Article 20 - **Révision de la cotisation**

Le montant de la cotisation peut être révisé annuellement, en fonction des résultats techniques de l'exercice précédent.

Article 21 - **Défaut de paiement de la cotisation**

A défaut de paiement de la cotisation due par le Souscripteur à la Mutuelle, dans les 10 jours de son échéance, et après une mise en demeure par lettre recommandée, le contrat d'adhésion collectif est résilié dans les conditions de l'article L. 221-8 I du Code de la Mutualité.

Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant concerné de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre recommandée

Notice d'information
Contrat d'assurance entre IMA Assurances et la MGEN pour l'assistance pour la couverture internationale :
- **des bénéficiaires enfants étudiants,**
- **des bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,**
- **des membres participants étudiants préparant les concours de l'Education nationale (et leur bénéficiaire conjoint).**

Préambule
La convention d'assistance Internationale est assurée par INTER MUTUELLES ASSISTANCE ASSURANCES, SA au capital de 5 000 000 euros entièrement libéré, régie par le Code des assurances, sise 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au RCS sous le numéro 481.511.632, et mise en œuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA GIE[1]).

1 Groupement d'Intérêt Economique au capital de 3 750 00 €, dont le siège est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculé au registre de Niort sous le n° 433.240.991.

IMA GIE intervient 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à la suite d'appels émanant de bénéficiaires aux numéros suivants :

Depuis les Etats-Unis : 1 888 251 0765
Depuis le reste du monde : 00 33 (0)5 49 76 66 77*
* Mayotte : 05 49 76 66 77...

Définitions
Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Accident corporel : Evénement soudain, d'origine extérieure au corps humain, involontaire, imprévisible, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Animaux de compagnie : Les animaux de compagnie sont les animaux domestiques dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée, vivant au domicile du bénéficiaire.

Bagages à main : Les bagages à main qu'IMA GIE peut prendre en charge sont les effets transportés par le bénéficiaire, dans la limite de 30 kg, et à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et autres objets de valeur. Sont assimilés aux bagages à main, et gérés comme tels, les vélos, VTT et autres bicyclettes.

Conjoint : Conjoint de droit : l'époux/épouse, ou le partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité). Par conjoint de fait, il faut entendre le concubin.

Domicile : La demeure légale et officielle d'habitation du souscripteur en France ou à dans le pays de stage ou d'études. Les étudiants sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence de leurs parents assurés.

Evénement climatique majeur : Inondations, tempêtes, cyclones, feux de forêt, avalanches, séismes, éruptions volcaniques, mouvements de terrain.

Frais d'hébergement : Frais de la nuit à l'hôtel, et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

France : Sont assimilés à la France, la France métropolitaine, les départements d'outre-mer et la principauté de Monaco.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier incluant au moins une nuit.

Maladie : Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
N.B. : Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

Lieu d'études : Localité dans laquelle se trouve le domicile du lieu de stage, d'étude ou de séjour linguistique.

Proche : Parent du bénéficiaire.

Séjour d'étude : Le séjour d'étude comprend les études, les stages et les séjours linguistiques effectués par le bénéficiaire à l'étranger dans le cadre de sa scolarité.

Soins ambulatoires : Tout acte d'exploration ou de chirurgie qui justifie d'un équivalent d'hospitalisation de courte durée (anesthésie générale, hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse).

Soins externes : Toutes les consultations, tous les examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement avec sortie immédiate, les soins dentaires ou optiques, réalisés en cabinet ou à l'hôpital, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique.

1. Domaine d'application

1.1 Bénéficiaires
Tout bénéficiaire (bénéficiaire enfant étudiant ; bénéficiaire enfant non étudiant de 18 à 28 ans ; membre participant étudiant préparant les concours de l'Education nationale et son bénéficiaire conjoint) domicilié :
- en France dans la cadre d'un déplacement touristique,
- ou à l'étranger dans le cadre d'un séjour d'étude,

assuré au titre d'une couverture internationale souscrite auprès de la MGEN, nommément désignée audit contrat, et bénéficiant d'une couverture sociale obligatoire en France.

1.2 Déplacements garantis
Les garanties s'appliquent :
- pendant les séjours d'étude effectués par le bénéficiaire à l'étranger : études, séjours linguistiques ou stages quelle que soit leur durée,
- et pour tout séjour touristique à l'étranger effectué par le bénéficiaire, pour une durée pouvant aller jusqu'à un an.

1.3 Territorialité
Les garanties d'assistance aux personnes décrites dans la suite de ce document s'appliquent sans franchise kilométrique dans le lieu d'études du bénéficiaire, sauf pour la mise en œuvre des secours primaires qui ne sont pas du ressort de l'assistance, et à l'occasion d'un déplacement touristique à l'étranger, pendant la durée de validité de la couverture internationale de la MGEN.

1.4 Evénements générateurs
Ces garanties s'appliquent à la suite d'événements survenant dans le lieu d'études ou au cours d'un déplacement (voir modalités à l'article 2.3), tels que définis ci-après :
- maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire
- décès ou risque de décès imminent et inéluctable du conjoint de droit ou de fait, d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur d'un des bénéficiaires
- vol ou perte de papiers d'identité ou de moyens de paiement
- événement climatique majeur.

1.5 Mise en oeuvre des prestations garanties
a) IMA GIE met en œuvre les garanties de la présente convention et assume, pour le compte de la MGEN, la prise en charge des frais y afférents.

b) Les garanties qui sont décrites dans la suite de ce document s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.
- **La responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente convention, si celui-ci résulte de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.**
- **De la même façon, la responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par IMA GIE.**
- **IMA GIE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.**
- **En outre, IMA GIE ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.**
- **Enfin, IMA GIE ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.**

c) Ces garanties sont mises en œuvre par IMA GIE ou en accord préalable avec lui. Par contre, IMA GIE ne participe pas, en principe, aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

d) Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention d'IMA GIE, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

e) Les garanties, non prévues dans la présente convention, qu'IMA GIE accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable par le bénéficiaire de la couverture Internationale MGEN.

1.6 Subrogration
IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.7 Prescription
Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus rece-

vables au-delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée du bénéficiaire à IMA ASSURANCES ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

1.8 Accès aux données personnelles

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles recueillies et faisant l'objet d'un traitement automatisé par IMA ASSURANCES.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

2. Frais médicaux

2.1 Orientation médicale hospitalière

IMA GIE est liée par convention avec des établissements hospitaliers à travers le monde.

Ces établissements agréés par IMA GIE ont été sélectionnés en fonction :
- de critères de compétences médicales concernant les plateaux techniques,
- de conditions financières convenues avec IMA GIE afin d'apporter les meilleures réponses possibles aux patients compte tenu de la situation culturelle, géographique, politique, sociale et économique du pays considéré.

En conséquence, l'appel préalable à IMA GIE est la règle, qu'il émane du bénéficiaire, de toute personne disposée à lui porter aide ou de l'établissement hospitalier agréé par IMA GIE.

2.2 Paiement des frais médicaux pour le compte de la MGEN dans le pays de séjour d'études

2.2.1 Hospitalisation et soins ambulatoires

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement agréé par IMA GIE, IMA GIE délivre un accord de prise en charge et procède au règlement des frais médicaux et chirurgicaux hospitaliers ou des soins ambulatoires pour le compte de la MGEN, dans la limite de 150 000 € par événement médical ou de 250 000 euros en fonction du contrat souscrit auprès de la MGEN.
Lorsque, pour raison médicale, IMA ASSURANCES est amenée à transférer un bénéficiaire vers un autre pays, elle effectue dans le même temps la garantie des frais médicaux dans ce pays.
Lorsque IMA ASSURANCES n'est pas sollicitée, la MGEN assure directement ses garanties.

2.2.2 Soins externes aux Etats Unis

Pour faciliter l'accès aux soins externes, dans pays reconnu très cher, la MGEN met en place un fond de roulement de 7500 USD à disposition d'Inter Mutuelles Assistance. Celui-ci sera géré, sous leur contrôle, par leur correspondant aux Etats Unis TCS.
TCS met à disposition des étudiants une carte, permettant de recourir au réseau de prestataires médicaux, et faisant mention explicite des franchises inhérentes au contrat souscrit.
Les pièces justificatives originales seront transmises directement à la MGEN SEM par TCS, assorties d'un bordereau récapitulatif permettant de connaître l'état du fond de roulement. Une copie de ce bordereau est transmise en parallèle à Inter Mutuelles Assistance pour assurer le suivi. On convient que la fréquence des envois sera fonction de l'utilisation, et que le fond est abondé dès lors que le plancher de 2 000 USD est atteint.

2.2.3 Cas particuliers

IMA ASSURANCES procède également au règlement de frais pour le compte de la MGEN dans les cas suivants :

a) **Suivi obstétrical** (visites, examens complémentaires...) : pré et postnatal, dans la mesure où ce suivi entre dans le cadre d'un forfait accouchement,

b) **Chambre particulière** (de catégorie standard) : dès l'instant où elle n'entraîne pas de surévaluation des prestations médicales et/ou hospitalières, et ce, pour une durée maximale de 30 jours,

c) **Soins pré et postopératoires** : les actes accessoires tels que les consultations pré et postopératoires liées à une pathologie unique dès lors que les praticiens et/ou l'hôpital acceptent la négociation d'un package,

d) **Suivi postopératoire extra hospitalier immédiat :** en cas de fin d'hospitalisation précoce, compte tenu des pratiques médicales locales et après accord des médecins d'IMA GIE,

e) **Soins itératifs et onéreux :** sur seul accord exprès de la MGEN.

2.3 Paiement des frais médicaux pour le compte de la MGEN dans un pays autre que celui de séjour d'étude

Lorsqu'un bénéficiaire voyage dans un pays autre que celui de son pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, IMA ASSURANCES effectue la garantie des frais médicaux d'hospitalisation ou les soins ambulatoires, mais uniquement en cas d'événement médical soudain et imprévisible ou accidentel.

3. Garanties d'assistance

3.1 Assistance aux bénéficiaires blessés ou malades

3.1.1 Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA GIE, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA GIE organise et prend en charge le transport du patient :

S'il s'agit d'un séjour d'étude :
- vers l'hôpital adapté le plus proche si l'événement survient sur le lieu d'études
- vers l'hôpital de son lieu d'études ou dans un hôpital adapté si l'événement survient lors d'un déplacement
- ou le cas échéant au domicile de son lieu d'études

Si la situation l'exige, notamment dans l'intérêt médical du patient, les médecins d'IMA GIE peuvent décider du transport sanitaire du patient bénéficiaire en France.

S'il s'agit d'un séjour touristique :
- dans un hôpital adapté proche de l'événement,
- au domicile du patient en France ou dans un hôpital adapté proche du domicile.

Pour un patient ayant bénéficié d'un transport sanitaire, IMA GIE peut prendre charge, en cas de nécessité médicalement justifiée, et sur décision des médecins d'IMA GIE, son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.1.2 Retour dans le lieu d'études

À la suite d'un transport sanitaire tel que défini à l'article 3.1.1, IMA GIE organise et prend en charge, en cas de nécessité, si l'état médical et les soins à poursuivre le permettent, le retour du bénéficiaire à son domicile du lieu d'études.

3.1.3 Prolongation du séjour pour raison médicale

Lorsque le bénéficiaire n'est pas jugé transportable par les médecins d'IMA GIE alors que son état médical ne nécessite plus une hospitalisation, ses frais d'hébergement sont pris en charge par IMA GIE à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.1.4 Poursuite du voyage

Si les médecins d'IMA GIE jugent que l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas un retour au domicile, IMA GIE prend en charge ses frais de transport pour lui permettre de poursuivre son voyage interrompu, à concurrence des frais qui auraient été engagés pour le retour à son domicile.

3.2 Assistance en cas décès

3.2.1 Décès d'un bénéficiaire

IMA GIE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

3.2.2 Déplacement d'un proche

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA GIE organise et prend en charge son déplacement aller-retour et son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.2.3 Retour anticipé en cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable

En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA GIE organise et prend en charge l'acheminement du bénéficiaire en France :
- jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques,
- jusqu'au lieu où se trouve le proche dont le décès est imminent et inéluctable, sur décision des médecins d'IMA GIE,

et le voyage de retour au domicile du lieu d'études.

3.3 Garanties complémentaires

3.3.1 Voyage aller/retour d'un proche

Lorsque, au cours d'un déplacement le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche demeurant dans le lieu d'études et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

De même, si le bénéficiaire réside seul dans ce pays, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche résidant en France et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

Si le blessé ou malade est handicapé, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge, pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

3.3.2 Vol, perte ou destruction de documents

En cas de vol, de perte ou de destruction de papiers d'identité, de moyens de paiement ou de titres de transport, IMA GIE conseille le bénéficiaire sur les démarches à accomplir (dépôt de plainte, oppositions, documents équivalents, démarches à effectuer pour renouveler les documents) et peut, contre reconnaissance de dette, effectuer l'avance de fonds nécessaire au retour au domicile.

3.3.3 Bagages à main, animaux de compagnie

À l'occasion du transport sanitaire d'un bénéficiaire, les animaux de compagnie qui l'accompagnent et ses bagages à main sont rapatriés aux frais d'IMA GIE.

3.3.4 Frais de secours et de recherche

a) Frais de secours

En cas d'accident, IMA GIE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à une structure médicale adaptée.

b) Frais de recherche

En cas de disparition d'un bénéficiaire hors de son pays de séjour d'étude, IMA GIE prend en charge à concurrence de 15 000 €, dès lors qu'ils sont justifiés, les frais de recherche engagés par les services de secours habilités, sauf s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'autorité publique.

Cette prestation n'est pas applicable dans le cadre de compétitions sportives professionnelles et en France.

3.3.5 Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA GIE recherche, sur le lieu de séjour d'étude ou de séjour touristique, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. À défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA GIE organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

3.3.6 Evénement climatique majeur

a) Attente sur place

Lorsque le bénéficiaire ne peut poursuivre le voyage prévu à la suite d'un événement climatique majeur, IMA GIE prend en charge les frais d'hébergement à concurrence de 50 € par nuit, et ce pour une durée de 7 nuits.

b) Retour du bénéficiaire

Lorsque le bénéficiaire doit interrompre son séjour hors du pays de séjour d'étude en raison d'un événement climatique majeur, et si les conditions le permettent, IMA GIE organise et prend en charge son retour au domicile du séjour d'étude.

La prise en charge de ces garanties n'est effective que si elles ont été mises en œuvre après accord d'IMA GIE et dès lors qu'il n'y a aucune prise en charge de la part des autorités françaises, des autorités du pays sinistré, des organismes de voyage ou des compagnies de transport concernés.

IMA GIE se réserve le droit d'exercer tout recours auprès de ces organismes de voyage et compagnies de transport.

3.3.7 Frais de télécommunications

Les frais de télécommunications engagés par le bénéficiaire pour joindre IMA GIE à l'occasion d'une intervention d'assistance ou d'une demande de renseignement sont remboursés par IMA GIE sur justificatifs.

3.4 Avance de fonds, frais de justice et caution pénale

3.4.1 Avance de fonds

IMA GIE peut, contre reconnaissance de dette, consentir au bénéficiaire en déplacement une avance de fonds pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Ces avances de fonds sont remboursables dans un délai d'un mois après le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile.

3.4.2 Frais de justice àl'étranger

IMA GIE avance, dans la limite de 3 000 €, les honoraires d'avocat et frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est remboursable dès le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile, dans un délai d'un mois.

3.4.3 Caution pénale àl'étranger

IMA GIE effectue le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 10 000 €, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance auprès de la personne morale. Il devra être intégralement remboursé par le bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à IMA GIE dans un délai d'un mois suivant son versement.

4. Services d'informations

4.1 Conseils médicaux

Des conseils médicaux pour un déplacement à l'étranger pourront être donnés par les médecins d'IMA GIE :

- lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées),
- pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier),
- et au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

4.2 Renseignements pratiques

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages, pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques …).

4.3 Assistance linguistique

Le bénéficiaire en déplacement hors du pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, confronté à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA GIE qui lui permet de bénéficier du service de ses linguistes.

4.4 Messages urgents

IMA GIE se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. IMA GIE ne peut être tenu responsable du contenu des messages, qui sont soumis à la législation française et internationale.

5. Exclusions

Les frais suivants ne sont pas pris en charge par IMA GIE :

- **les soins externes : ils sont assurés par la MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,**
- **les frais médicaux engagés en France : ils sont assurés par la MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,**
- **les frais d'hébergement en France,**
- **l'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et d'appareils pour exercices physiques, les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),**
- **les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,**
- **les soins de chirurgie plastique ou reconstructive demandés pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors des interventions sur blessure, malformation ou lésion liées à des maladies, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, les voyages à visée thérapeutique,**
- **les soins dentaires réalisés en externe, quel que soit leur montant,**
- **les frais liés à des accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, de la pratique ou de la participation en amateur à une course, une compétition, un concours, un rallye ou des essais nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien, ou aquatique à moteur,**
- **les frais liés à des accidents résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente,**
- **Les frais nés de la participation de l'adhérent à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature.**

Notice d'information Caution acquisition MGEN

Article 1 - **Objet de la garantie**

En application du règlement mutualiste 2 MGEN, la garantie caution acquisition (ci-après désignée la caution) a pour objet d'accorder la caution de la MGEN (ci-après désignée le Garant) à l'organisme prêteur désigné à l'article 3.3 en couverture du remboursement des prêts immobiliers (capital, intérêts, accessoires) contractés par le membre participant de la MGEN (ci-après désigné l'emprunteur).

La caution est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L. 111-1 du Code de la mutualité. L'organisme prêteur bénéficiaire de cette garantie appelle la MGEN en règlement lorsque l'emprunteur et le co-emprunteur, qui ont satisfait aux formalités d'admission à la garantie, ne peuvent plus faire face à leur obligation de remboursement. Le Garant pourra ensuite exiger de ces derniers le remboursement des sommes versées par tous les moyens de droit.

Article 2 - **Groupe assuré**

Le Groupe comprend les membres participants de la MGEN dans les conditions définies par ses statuts, fonctionnaire titulaire/stagiaire ou salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée), ou retraité titulaire d'une pension ayant satisfait aux formalités d'admission à la garantie.

Le co-emprunteur et la caution personne physique peuvent demander l'adhésion à la garantie. Pour les couples mariés sous le régime de la séparation de biens ou de la participation aux acquêts et pour les concubins, l'achat doit être fait en indivision et la répartition précisée dans le dossier de demande. La caution n'est accordée que si les co-indivisaires sont cautions solidaires réciproques

Pour les couples mariés sous le régime de la communauté réduite aux acquêts ou de la communauté universelle et pour les couples ayant conclu un PACS, le conjoint doit être co-emprunteur solidaire ou caution solidaire.

Un membre participant en instance de divorce ne peut bénéficier du cautionnement du Garant que s'il est marié sous le régime de la séparation de biens.

L'emprunteur et co-emprunteur ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions de la présente notice qui leur a été remise.

Toute fausse déclaration entraîne un refus immédiat à la garantie et supprime l'obtention de la caution pour toute demande ultérieure.

Article 3 - **Champ d'application de la caution**

3.1. **Opérations immobilières**

Seuls les prêts immobiliers destinés au financement d'une acquisition, construction, amélioration de l'habitat ou rachat de prêts immobiliers, d'un bien se rapportant à la liste définie ci-dessous, peuvent être objet de la caution :

- la résidence principale, la résidence secondaire, la résidence de retraite,
- la résidence pour enfant étudiant à charge au sens du Code général des Impôts ou bénéficiaire d'une pension alimentaire apparaissant sur l'avis d'imposition du demandeur. La résidence doit se situer dans la ville ou sa périphérie où l'enfant poursuit ses études,
- la résidence pour enfant en situation de handicap,
- la résidence à usage gracieux pour ascendant au 1er degré, à charge en raison de sa situation financière ou de son état de santé,
- l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de la résidence, à condition que l'emprunteur puisse justifier de disposer des fonds nécessaires au financement de la construction et des justificatifs attestant du projet de construction,
- l'acquisition d'un terrain non constructible rattaché à la résidence principale, permettant d'agrandir l'espace de vie,
- la piscine ou le terrain de tennis rattaché(e) à la résidence principale,
- la résidence acquise auprès d'une Société Civile Immobilière de construction vente à la condition expresse que ladite société soit dissoute dès l'acquisition du bien par le membre participant.

Dans la liste ci-dessus, on entend par « résidence » la maison ou l'appartement à usage d'habitation. Cependant, dans le cas de la résidence principale, est également visée la péniche à usage d'habitation.

Les opérations immobilières destinées à la location même temporaire de la résidence sont exclues du champ d'application de la caution.

Le bien immobilier doit être situé en France métropolitaine, ou dans les départements d'Outre Mer. Les biens situés dans un pays d'Outre Mer ou à l'étranger n'entrent pas dans le champ d'application de la caution.

3.2. **Prêts cautionnables**

Le prêt cautionné doit appartenir à l'une des trois catégories définies ci-dessous :

- prêt à taux fixe et à échéances constantes,
- prêt à taux fixe et à échéances progressives,
- prêt à taux variables,
- prêt modulable,
- prêt avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou pallier,
- prêt à taux zéro plus (PTZ plus).

Peuvent également être garantis les prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 24 mois. **Les prêts relais supérieurs à deux ans, les prêts non amortissables (prêts « in fine ») sont totalement exclus de la garantie.**

La durée du(des) prêt(s) objet(s) de la caution ne doit pas excéder 30 ans.

Peuvent également être garantis les crédits à la consommation affectés au financement de travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 €.

3.3. **Organismes prêteurs**

Les organismes prêteurs bénéficiaires de la caution sont les établissements de crédit, avec lesquels le garant a conclu une convention en vigueur au jour de l'étude du dossier, à savoir :

- les Caisses d'Epargne Ecureuil,
- BNP Paribas Personal Finances,
- la Casden - Banque Populaire,
- la Banque Postale,
- le Crédit Mutuel Enseignant des départements des Côtes-d'Armor, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin et Vosges.

Article 4 - **Prise d'effet et durée de la caution**

La caution est accordée à compter de la date d'effet du contrat d'assurance de prêt(s) et jusqu'au terme du (des) prêt (s) objet (s) de la caution, dans la limite de 30 ans. **En tout état de cause, la garantie cesse à la veille du 76e anniversaire de l'emprunteur et/ou du co-emprunteur.**

Article 5 - **Etendue de la caution**

La caution couvre le montant des prêts relatifs à l'opération immobilière, telle que définie à l'article 3.1, dans la limite d'un montant fixé à 1 000 000 euros.

Dans le cas où l'emprunteur et/ou le co-emprunteur demandent à bénéficier d'une nouvelle caution pour une autre opération immobilière, le montant plafond de 1 000 000 euros sera minoré du montant de capital restant dû au titre des autres opérations immobilières en cours cautionnées par le garant.

Article 6 - **Conditions d'attribution de la caution**

Pour demander à bénéficier de la caution, l'emprunteur et le co-emprunteur doivent constituer un dossier composé des éléments demandés par la section départementale. Ils doivent en outre répondre aux conditions suivantes :

6.1. **Condition d'âge**

L'emprunteur et le co-emprunteur doivent être âgés de moins de 70 ans lors de la demande de caution.

6.2. **Conditions financières**

Sont prises en compte dans le cadre de l'analyse financière du dossier, les ressources de l'emprunteur et si nécessaire les ressources du co-emprunteur si ce dernier justifie de la qualité de fonctionnaire titulaire/stagiaire ou de salarié bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée) ou de retraité titulaire d'une pension.

En cas de co-acquéreurs qui ne sont pas co-emprunteurs du prêt cautionné, ceux-ci doivent se porter caution solidaire dudit prêt.

Le Garant procède à l'étude financière du dossier au regard notamment des critères financiers suivants :

- les charges de l'emprunteur et du co-emprunteur (6.2.1),
- les ressources de l'emprunteur, et le cas échéant du co-emprunteur (6.2.2),
- le quotient familial (6.2.3),
- l'apport personnel (6.2.4).

6.2.1. Charges

- les remboursements des prêts objet de la caution,
- les remboursements des prêts non objet de la caution, mais liés à l'opération,
- les remboursements des crédits en cours non liés à l'opération cautionnée,
- les pensions et allocations versées par l'emprunteur ou le co-emprunteur (pensions alimentaires, prestations compensatoires, autres pensions…),
- les loyers et charges locatives.

6.2.2. Ressources

- les traitements ou salaires, les pensions de retraite et les indemnités ou primes à caractère récurrent,
- les revenus locatifs pris en compte à hauteur de 75% des revenus issus des biens mis en location,
- les prestations familiales à condition qu'elles soient versées sur toute la durée du prêt.

6.2.3. Quotient familial

Le nombre de personnes au sein du foyer (notamment le nombre d'enfants) est pris en compte dans l'étude financière du dossier.

6.2.4. Apport personnel

Un apport personnel est exigé de la part des emprunteurs dans le cas où le montant des prêts est supérieur à 130 000 euros.

Cet apport personnel ne peut être constitué par un recours à l'emprunt (sauf s'il s'agit d'un prêt d'épargne logement, prêt à taux zéro plus et 1% patronal). Son montant, exprimé en pourcentage du coût total de l'opération (frais de notaire et d'agence compris), est fixé à :

- 10 % pour l'acquisition d'un logement ancien sans travaux,
- 15% pour l'acquisition d'un logement ancien avec travaux,
- 20% pour l'acquisition d'un logement neuf.

6.3. **Condition d'assurance**

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent bénéficier pour les prêts, objet de la caution, des assurances en couverture des risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT) souscrites par le Garant auprès de CNP assurances, ou à défaut présentant un niveau de garanties équivalentes.

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent être obligatoirement assurés chacun à hauteur de 100% des montants cautionnés.

Après étude des conditions de ressources, le Garant pourra demander à l'emprunteur et/ ou au co-emprunteur d'adhérer au contrat chômage souscrit par le Garant auprès de CNP Assurances.

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur, cotisant à Pôle Emploi ou à une caisse équivalente au sens du Code du travail, devra (devront) obligatoirement souscrire ledit contrat d'assurance chômage si le Garant l'exige.

6.4. **Condition de propriété**

Le membre participant doit ou devra être propriétaire au moins à hauteur de 50 % du bien objet de la caution.

Article 7 - **Décision d'attribution de la caution**

Après étude du dossier au regard des critères juridiques, administratifs, et financiers, mentionnés dans la présente notice, le Garant notifie sa décision d'accord ou de refus au membre participant emprunteur. À cet effet, il s'appuie sur l'étude des documents juridiques et financiers fournis par l'emprunteur dans le cadre de la constitution du dossier.

L'engagement de caution est adressé par l'emprunteur et le co-emprunteur à l'établissement de crédit bénéficiaire.

Article 8 - **Cotisation**

La caution est accordée moyennant l'encaissement d'une cotisation.

Le montant de cette cotisation est calculé en appliquant à chaque tranche de montant emprunté, les taux de cotisation suivants :

- De 0 à 80 000 euros, le montant de la cotisation est de 30 euros intégrant les frais de dossier,
- De 80 000 à 130 000 euros, le taux de cotisation est de 0,10% (frais de dossier inclus),
- De 130 000 à 1 000 000 euros, le taux de cotisation est de 0,40% (frais de dossier inclus).

Exemples :

- pour un prêt de 60 000 euros, le montant de la cotisation s'élèvera à 30 euros.
- pour un prêt de 110 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : 30 € + [(110 000 € – 80 000 €) x 0,10%] = 60 €
- pour un prêt de 500 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : 30 € + [(130 000 € – 80 000 €) x 0,10%] + [(500 000 € – 130 000 €) x 0,4 %] = 1 560 €

En cas d'adhésion à un contrat d'assurance en couverture des prêts (risques décès, PTIA, ITT et/ou chômage), autre que le contrat souscrit par le garant auprès de CNP Assurances, d'un niveau de garanties équivalent à ce dernier, le montant de la cotisation sera multiplié par deux.

La caution est payable en une seule fois par prélèvement automatique sur le compte du membre participant au moment de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

En cas de remboursement anticipé du (des) prêt(s), la cotisation n'est pas remboursable.

En cas de non paiement, le garant pourra recouvrer la cotisation par voie amiable et contentieuse indifféremment auprès de l'emprunteur ou du co-emprunteur, tenus solidairement.

Article 9 - **Engagement des parties**

9.1. **Promesse d'inscription d'hypothèque conventionnelle**

Lors de la demande d'adhésion à la caution, l'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur s'engagent à renseigner et signer la promesse d'affectation hypothécaire au profit du Garant sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s).

Au cours du (des) prêt(s) cautionné(s), l'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur s'engagent à inscrire ladite hypothèque à leurs frais et à la première demande du Garant dans les cas suivants :

- non paiement de trois échéances consécutives du (des) prêt(s) cautionné(s),
- inscription de garanties (hypothèque,…), consenties ou non, sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s),
- changement de statut professionnel entraînant la radiation du contrat chômage,
- maintien de l'engagement de caution par le Garant suite au rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 3.3 de la notice d'information ou au transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière (art.11 alinéa 3)

9.2. **Règlement des cotisations**

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur s'engagent à régler les cotisations appelées au titre de la garantie.

9.3 **Obligation d'information**

Les emprunteurs et le coacquéreur s'engagent à informer le Garant de toute inscription de sûreté réelle (hypothèque) sur le bien cautionné consentie au profit d'un tiers.

L'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur, s'engagent également en cours de prêt à ne pas consentir d'hypothèque au profit de tiers sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s), sans avoir obtenu au préalable l'accord du Garant, et à avertir ce dernier en cas d'inscription d'hypothèque judiciaire.

Article 10 - **Mise en jeu de la caution**

La caution ne peut être mise en jeu qu'à la condition que le contrat de prêt conclu entre l'organisme prêteur, l'emprunteur et le co-emprunteur soit valablement formé et que ces derniers soient assurés pour les risques Décès, PTIA et ITT conformément à l'article 6.3.

Lorsque la caution est actionnée, le Garant se substitue à l'emprunteur et au co-emprunteur dans tout ou partie de leurs obligations à l'égard de l'organisme prêteur, dans les conditions et limites définies par la présente notice.

Une fois la substitution intervenue, le Garant, conformément aux articles 2305 et 2306 du Code civil, dispose d'un recours contre l'emprunteur et le co-emprunteur défaillants pour recouvrer sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Il pourra également recouvrer cette somme contre le co-acquéreur qui s'est engagé à garantir la créance du Garant le cas échéant.

Le Garant pourra inscrire une hypothèque sur le bien objet du (des) prêt(s) ou sur tout autre bien immobilier, appartenant à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur, ce afin de garantir sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Article 11 - **Cessation de la caution**

La caution devient caduque en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- **remboursement à terme du ou des prêts cautionnés,**
- **remboursement anticipé total des prêts cautionnés,**
- **non acceptation par l'emprunteur de l'offre préalable de crédit à l'issue des délais légaux,**
- **caducité, nullité, résolution ou novation du (des) contrat(s) de prêt objet(s) de la caution,**
- **rachat du ou des prêts par un organisme autre que ceux cités à l'article 3.3 de la présente notice d'information,**
- **modification de l'offre de prêt n'ayant pas fait l'objet d'un agrément par le Garant,**
- **non conclusion, nullité ou résolution de l'opération immobilière pour laquelle le(s) prêt(s) a (ont) été demandé(s).**

La caution s'éteint également pour les causes normales d'extinction du cautionnement telles que prévues par la loi.

La survenance de l'un des évènements suivants :

- **rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 3.3 de la présente notice,**
- **transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière,**
- **renégociation du (des) prêts cautionné(s) auprès du même organisme prêteur, entraîne une nouvelle étude du dossier par le Garant qui peut aboutir soit au maintien de l'engagement caution (éventuellement sous réserve de l'inscription de l'hypothèque prévue à l'article 9 du présent règlement et dans les mêmes conditions), soit à l'extinction de l'engagement de caution.**

Les emprunteurs s'engagent à avertir sans délai le Garant de la survenance de l'un de ces évènements.

Article 12 - **Confidentialité**

Le Garant s'engage à traiter comme confidentielles les informations qu'il aura reçues des emprunteurs dans le cadre de l'exécution des services de caution, d'assurance de prêts et de chômage.

Article 13 - **Autorité chargée du contrôle des mutuelles**

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ACPR, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 14 - **Informatique et libertés**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès deMGEN - Centre de gestion de la Verrière- Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Article 15 - **Réclamation - Médiation**

Pour toute réclamation, l'emprunteur et le co-emprunteur peuvent s'adresser, par lettre simple, au service réclamations de la section départementale dont ils relèvent.

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, ils peuvent saisir le Médiateur MGEN, en adressant leur demande à :

MGEN
Le Médiateur
3, square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande à cette adresse.

Notice d'information
Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Le présent document constitue la notice d'information de l'adhésion individuelle à la garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Lexique

Le membre participant : Personne qui adhère à la garantie invalidité additionnelle au Corem et acquiert la qualité de membre participant de la MGEN au sens du Code de la mutualité.

Le Corem : Régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, RNM n° 442 294 856, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : Personne qui a adhéré à la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par la MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : Personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par la MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Article 1 - **Objet de la Garantie**

La Garantie invalidité additionnelle au Corem, prévue à l'article 28 du règlement mutualiste 2 de la MGEN, a pour objet d'assurer, en cas d'invalidité du membre participant ou du bénéficiaire conjoint, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Article 2 - **Conditions d'adhésion à la garantie**

L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN et bénéficiaires conjoints MGEN en activité ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans.

Une demande d'adhésion présentée en cours d'arrêt de travail ou en période d'invalidité n'est pas recevable.

Article 3 - **Prise d'effet de l'adhésion**

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois qui suit la demande d'adhésion jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1er janvier.

Un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie. Toute survenance du risque pendant ce délai ne donne pas lieu à versement de la prestation et entraîne la résiliation de l'adhésion de plein droit sans remboursement des cotisations. L'évènement matérialisant la réalisation du risque est la date de classement en invalidité.

Article 4 - **Cessation de la Garantie**

Le droit à garantie cesse à la date de survenance d'un des évènements suivants :

- la liquidation des droits à pension vieillesse du membre participant,
- la liquidation des droits à rente du produit Corem,
- la résiliation du membre participant conformément à l'article 11 de la présente notice,
- le 60e anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant,
- la réalisation du risque.

Article 5 - **Bénéficiaire de la prestation**

La prestation est versée à l'adhérent à la garantie lorsqu'il est contraint, pour cause d'invalidité, de cesser son activité professionnelle, c'est-à-dire :

- s'il est fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité,
- s'il est stagiaire de la fonction publique ou non fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3.

Article 6 - **Obligations déclaratives et nullité de l'adhésion**

Le membre participant s'engage à déclarer à la mutuelle tout changement de situation professionnelle (cessation d'activité, suspension du contrat de travail) dans le mois qui suit ce changement.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la mutuelle à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 221-14 du code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la mutuelle qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 7 - **Montant de la prestation**

La Garantie prévoit la prise en charge, par la MGEN, du montant des versements effectués sur le Corem par l'adhérent à la Garantie. Le montant de la prestation annuelle correspond à la moyenne annuelle des versements de cotisations effectués sur le Corem au cours des trois dernières années civiles, hors rachat de cotisations défiscalisées, sur lesquels une cotisation au titre de la Garantie a été acquittée.

La prestation est versée trimestriellement à terme échu.

Article 8 - **Fin de versement de la prestation**

Le versement de la prestation prend fin à la date de survenance du premier des évènements suivants :

- la liquidation par le membre participant de ses droits à rente du produit Corem,
- le 60e anniversaire du membre participant,
- le passage de la pension d'invalidité en 1re catégorie Sécurité sociale
- la reprise d'une activité professionnelle,
- le décès du membre participant.

Article 9 - **Formalités à accomplir en cas de sinistre**

En cas d'invalidité, le membre participant doit constituer un dossier de demande de prestation auprès de sa section départementale accompagné des pièces justificatives suivantes :

- pour les fonctionnaires, copie de la notification de mise en retraite pour invalidité par l'Administration,
- pour les non fonctionnaires, copie du classement en invalidité par la Sécurité sociale de 2e ou 3e catégorie.

La demande doit être formulée dans un délai de 12 mois à compter de la date de classement en invalidité. Passé ce délai et pendant 12 mois suivants, le versement de la prestation débute à compter du 1er jour du mois civil suivant **la date de réception de la demande** sous réserve que l'ensemble des conditions soit réuni.

En cours de service, la mutuelle peut solliciter de nouveau des pièces justificatives.

À défaut de justificatifs, le paiement de la prestation est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours dès réception des justificatifs, sans dommages ni intérêts.

Article 10 - **Risques exclus**

Les sinistres résultant de faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ne sont pas garantis.

Article 11 - **Montant de la cotisation**

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 3,20 %.

Le membre participant a la possibilité de s'acquitter de sa cotisation annuelle sous la forme d'un versement unique ou sous la forme de 12 versements mensuels, conformément à la périodicité choisie pour les cotisations versées au Corem.

En cas d'arrêt des versements au régime Corem par l'adhérent, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations* au Corem des trois dernières années civiles précédant l'année d'arrêt des versements. Ce taux est fixé à 3,20 %.

*hors rachat de cotisations défiscalisées permis par le régime Corem.

En cas de versement de la prestation, la mutuelle exonère le membre participant du paiement des cotisations.

Article 12 - **Résiliation pour défaut de paiement des cotisations**

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 13 - **Modalités de résiliation**

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR-Centre de gestion MGEN-BP 7322-44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 14 - **Information des membres participants**

En application de l'article 64 des statuts de la MGEN, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 15 - **Prescription**

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 16 - **Réclamations - Médiation**

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser, par lettre simple au service réclamations de la section départementales dont il relève.

Après épuisement de toutes procédures de traitement des réclamations, le membre participant peut saisir le Médiateur MGEN, en adressant sa demande à :

MGEN - Médiation
3, square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15

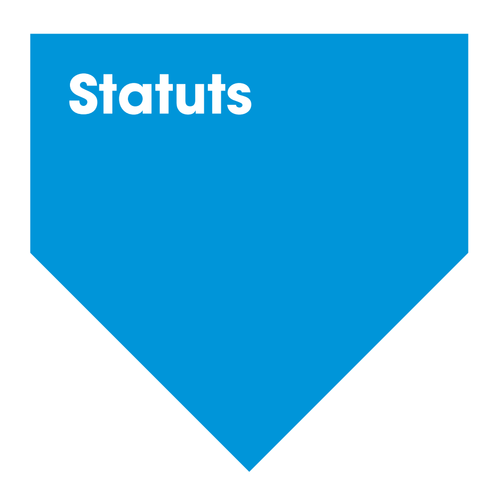
Article 17 - **Autorité chargée du contrôle des mutuelles**

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ACPR, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 18 - **Informatique et Libertés**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

MGEN Action sanitaire et sociale



Titre 1
Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1
Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Action sanitaire et sociale a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max - Hymans (15e arrondissement).

Article 3 - Objet

La mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de mettre en œuvre une action sociale,
- de gérer des réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales ou culturelles,
- de participer au service public hospitalier,
- de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Action sanitaire et sociale délègue, par convention, partie de sa gestion à la MGEN.

Chapitre 2
Conditions d'admission, de démission et de résiliation

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis à l'article 7.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents individuels

Seuls les membres participants de la MGEN définis aux articles 7 à 10 et 18-1° des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Action sanitaire et sociale, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 8 des présents statuts, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 8 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de la MGEN prévus aux articles 11 et 18-1° des statuts de la MGEN sont bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale.

Article 9 - Conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 12 et 19 des statuts de la MGEN.

Section 2 - Démission et résiliation

Article 10 - Démission, suspension et résiliation

Les conditions de démission, de suspension des garanties et de résiliation pour non paiement de la cotisation ou pour sortie du champ de recrutement applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 13 à 17 des statuts de la MGEN.

Toute démission, suspension des garanties ou résiliation de MGEN Action sanitaire et sociale entraîne démission, suspension des garanties ou résiliation de l'adhésion à la MGEN.

Titre 2
Administration de la mutuelle

Chapitre 1
Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 11 - Composition

Les adhérents de la MGEN, de MGEN Vie et MGEN Centres de Santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale, il est procédé, aux termes des articles 24 et 25 des statuts de la MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 12 - Convocation et ordre du jour

I. L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :
- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

II. Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités de section, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 13 - Règles de quorum et de majorité

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 17, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre total de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2. Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3. Les décisions visées au 1. du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 14 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 13.1 et 13.3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 15 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

a) les modifications des statuts,

b) les activités exercées par la mutuelle,

c) le montant des droits d'entrée,

d) les montants ou taux de cotisations,

e) les prestations offertes,

f) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,

g) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

h) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,

i) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,

j) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

k) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

l) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 16 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

Article 17 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre 2
Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 18 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 18 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1er tour - majorité relative au 2nd tour).

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 19 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65ème anniversaire.

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

4 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 20 - Représentation des salariés

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

1 - Electeurs

Les représentants des salariés de la mutuelle sont élus par les membres titulaires du comité d'établissement et les délégués du personnel titulaires, en fonction au moment du dépôt des candidatures.

Chaque électeur dispose d'une voix. En cas de cumul de mandats de représentant élu au comité d'établissement et de délégué du personnel, le titulaire indique en quelle qualité il prend part au vote. Dans cette hypothèse, le titulaire et le suppléant de la fonction qui n'a pas été choisie, participent au vote.

2 - Candidatures

Les candidatures sont individuelles.

Peuvent être candidats les salariés remplissant les conditions suivantes :

- sous contrat à durée indéterminée ayant au moins un an d'ancienneté au moment de l'élection,
- âgés de plus de 18 ans,
- n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du Code électoral.

3 - Élections

Le vote a lieu à bulletin secret au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Les deux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix sont élus pour 5 ans.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus ancien dans un emploi au sein de la mutuelle.

4 - Vacance

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix immédiatement après les représentants élus.

5 - Obligation de discrétion

Les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion, notamment à l'égard des questions présentées comme telles par le président de séance.

6 - Incompatibilités

Les fonctions de représentant des salariés au conseil d'administration sont incompatibles avec l'exercice d'une fonction de représentation de l'organisme employeur dans quelque délégation que ce soit.

Article 21 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation.

Section 2 - Réunions

Article 22 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 23 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 24 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 25 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions

Article 26 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- approuve annuellement un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle ;
- établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 27 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

Chapitre 3
Président et bureau

Section 1 - Election, composition

Article 28 - Election

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 29 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont notamment :

- un président,
- un vice-président,
- un ou plusieurs vice-présidents délégués.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 30 - Le président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

Chapitre 4
Organisation des sections de la mutuelle

Article 31 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à la MGEN.

Article 32 - Assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour.

Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

Chapitre 5
Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 33 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 34 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds Règles de sécurité financière

Article 35 - Modes de placements

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 36 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Chapitre 6
Fonctionnaires détachés à MGEN Action sanitaire et sociale

Article 37 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Action sanitaire et sociale fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social ou culturel gérés par elle.

Titre 3
Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1
Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 38 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) des mutuelles. La signature du bulletin unique d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 39 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de la cotisation et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Chapitre 2
Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 40 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.



Titre 1
Règles générales applicables

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Action sanitaire et sociale sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Action sanitaire et sociale, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale. A ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN s'imposent à eux, à l'exclusion de ceux ayant adhérer au règlement mutualiste ***M****GENERATION Initiale*.

Article 3 - Dispositions particulières à certaines prestations

Les allocations prévues au titre 2 du présent règlement sont des allocations et services d'action sociale, relevant de l'article L.111.1-I-3 du Code de la mutualité, sur lesquelles l'assemblée générale se prononce annuellement.

Titre 2
Allocations, services et réalisations sanitaires et sociales

Chapitre 1
Allocations et services

Article 4 - Handicap et dépendance

1° Allocation handicap

L'allocation handicap est versée aux membres participants et bénéficiaires, de moins de 60 ans, atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale de la MGEN.

Lorsque l'adhésion n'a pas lieu dans les délais prévus aux articles 9-1 et 11-I-1 des statuts de la MGEN, seules les situations de handicap s'aggravant ou intervenant postérieurement à l'adhésion peuvent donner lieu au versement de l'allocation.

Son montant peut être modulé en fonction du degré d'incapacité de la personne en situation de handicap et de sa situation familiale et financière.

2° Allocation dépendance

Sont concernés les seuls membres participants et bénéficiaires, de plus de 60 ans, se trouvant en situation de perte d'autonomie partielle et durable constatée par le médecin-conseil de la MGEN, et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale de la MGEN. Si en cours d'année, le membre participant ou le bénéficiaire conjoint MGEN est classé en GIR 1 ou 2 et perçoit à ce titre la rente dépendance totale par la MGEN, l'allocation dépendance est interrompue.

3° Modalités de versement des allocations

Elle sont attribuées annuellement par l'assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle, et sont versées périodiquement. Elle peuvent être modulées en fonction du handicap, du degré de dépendance, du besoin d'assistance, du quotient familial ou des aides extérieures.

4° Correspondant mutualiste

Le comité de section de la MGEN peut désigner un correspondant mutualiste chargé de veiller sur la situation matérielle et morale de chaque personne relevant du groupe handicap ou dépendance.

Article 5 - Soins coûteux durables

Les mutualistes souffrant d'une longue et grave maladie qui laisse des restes à charge importants peuvent, après avis favorable du médecin-conseil de la MGEN, bénéficier d'une participation spécifique de la mutuelle.

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Article 6 - Soins coûteux ponctuels

Les mutualistes souffrant d'une maladie qui laisse des restes à charge importants, hors dépassements d'honoraires, peuvent, après avis favorable du médecin conseil de la MGEN, bénéficier d'une participation pour soins coûteux ponctuels.

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Article 7 - Prestation particulière

Les mutualistes bénéficiaires de l'allocation handicap, dépendance, ou soins coûteux, ou de la prestation Dépendance totale de la MGEN, peuvent, pour des frais ponctuels liés au handicap ou à la dépendance tels que le matériel lourd et l'aménagement du domicile ou du véhicule, bénéficier d'une prestation spécifique de la mutuelle.

Article 8 - Aide au mutualiste aidant

Lorsque le mutualiste assiste au quotidien son conjoint, pacsé, concubin ou son enfant, ou un ascendant au 1er degré, en état de dépendance totale (classé en GIR 1 ou 2), une aide annuelle est accordée en tenant compte de la situation familiale et des ressources du mutualiste aidant.

Article 9 - Service d'aide à domicile « Solidarité »

9-1- Nature de l'allocation

L'allocation d'aide à domicile peut être versée aux membre participant et bénéficiaires connaissant une situation particulière de fragilité et qui ne bénéficient pas à ce titre de la prestation Dépendance totale ou Perte temporaire d'autonomie.

Elle prend la forme :

- d'une aide pour l'accomplissement des tâches ménagères par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou d'une aide en cas de présence de jeunes enfants par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou de conseils, éventuellement en relation avec d'autres organismes.

9-2- Versement de l'allocation

L'allocation est versée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré de l'intervention du service d'aide à domicile en tenant compte de la situation familiale et financière du bénéficiaire de la prestation.

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale peut être accordé au mutualiste.

Aucune allocation ne peut être attribuée pour des interventions sans accord préalable de la mutuelle

Article 10 - Complément d'action sociale

En complément des prestations d'aide à domicile prévues à l'article 3 du règlement mutualiste 1 de MGEN Filia et de l'allocation prévue à l'article 9 du présent règlement, les membres participants et/ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un complément d'action sociale. Ce complément, d'un montant de 5 euros de l'heure, est versé mensuellement en tenant compte de la situation familiale et financière du bénéficiaire de la prestation.

Article 11 - Orphelinat

1° Objet

L'allocation orphelinat est destinée à contribuer à l'éducation des enfants ayant la qualité de bénéficiaires enfants ou de bénéficiaires enfants étudiants au moment du décès de l'un ou de leurs deux parents.

2° Montant et versement de l'allocation

L'allocation orphelinat fait l'objet d'une dotation fixée annuellement par l'assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle.

Cette allocation ne peut être versée qu'au titre de l'année en cours par rapport à la date de la demande.

Son montant peut être modulé en fonction de la situation scolaire, familiale et financière de l'orphelin.

Elle est versée :

- à l'orphelin lui-même à compter du 1er janvier de l'année de ses 18 ans ou du 1er janvier suivant la date de son émancipation,
- à l'administrateur légal ou au tuteur de l'orphelin avant l'année des 18 ans de celui-ci.

L'allocation est maintenue tant que l'orphelin conserve la qualité de bénéficiaire de la MGEN.

3° Demandes d'allocation

Les demandes d'allocation accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter du décès du parent.

4° Correspondant mutualiste

Le comité de section de la MGEN peut désigner un correspondant mutualiste auprès de chaque orphelin, chargé de suivre l'évolution de sa situation matérielle et morale.

Article 12 - Complément audioprothèse

En complément de la prise en charge de l'achat de prothèses auditives dans les conditions fixées à l'annexe Audioprothèse des règlements mutualistes 1 et 2 MGEN, les membres participants et/ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'une allocation d'action sociale, dont le montant est modulé en fonction de la situation familiale et financière du membre participant ou bénéficiaire.

Article 13 - Réservations de lits, places

MGEN Action sanitaire et sociale intervient auprès de certains établissements, principalement des maisons de retraite ou des établissements pour personnes handicapées, pour réserver des lits, places et offrir un service de crèches au bénéfice de ses mutualistes.

Article 14 - Centres de vacances pour personnes handicapées

MGEN Action sanitaire et sociale, seule ou dans le cadre de partenariats avec des organismes spécialisés, organise des séjours en centres de vacances pour des personnes handicapées, mutualistes ou enfants de ses mutualistes.

Chapitre 2
Réalisations sanitaires et sociales

Article 15

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère vingt-neuf (29) établissements sanitaires et médico-sociaux :

- Centre de soins de suite et de réadaptation pour adolescents de Chanay,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Arès),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Institut Bouquet » (Caire-Val),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Donation Brière » (Fontenay-en-Parisis),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Sainte-Feyre),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « La Chimotaie » (Cugand),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Denis Forestier » (La Verrière)
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Gabrielle Hielle » (Huby-saint-Leu),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Saint-Cyr-sur-Mer),
- Centre de soins de suite, de réadaptation et Institut de néphrologie (CeSSRIN) de Maisons-Laffitte,
- Centre de soins de suite et de réadaptation Pierre Chevalier (Hyères),
- Hôpital gériatrique « Denis Forestier » (La Verrière),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « La Chimotaie » (Cugand),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « L'Arbizon » (Bagnères-de-Bigorre),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « Aléxis Léaud » (Saint-Jean-d'Aulps) et hôpital MGEN Camille Blanc (Evian),
- Centre médical « Alfred Leune » (Sainte-Feyre),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « La Menaudière » (Chissay-en-Touraine),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « Trois-Epis »,
- Centre national médico-éducatif et d'adaptation du Royans,
- Centre de vacances « La Porte Neuve » (Riec-sur-Belon),
- Centre de santé mentale de Bordeaux,
- Centre de santé mentale de Grenoble,
- Centre de santé mentale de Lille,

- Centre de santé mentale de Lyon,
- Centre de santé mentale de Rouen,
- Centre de santé mentale de Toulouse,
- Clinique de Rueil-Malmaison,
- Centre de santé mentale et de réadaptation de Paris,
- Institut Marcel Rivière (La Verrière).

Article 16

L'accès des services et établissements créés par la mutuelle, à l'exception de ceux participant au service public hospitalier, est réservé, par priorité, aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires.

Les conditions d'admission sont celles définies au règlement intérieur de chaque établissement.

Titre 3
Cotisations

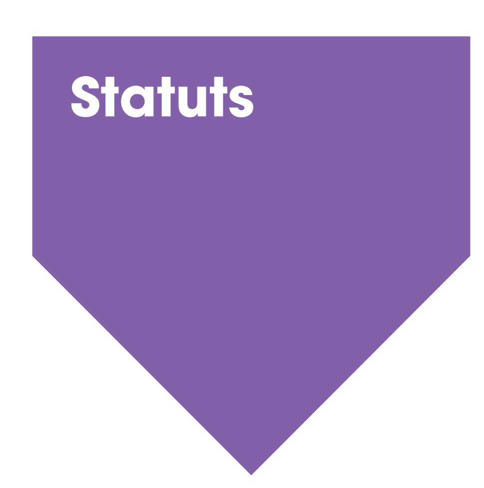
Article 17

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Action sanitaire et sociale au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN Centres de santé



Titre 1
Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1
Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Centres de santé a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 30 juin 2004.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max - Hymans (15e arrondissement).

Article 3 - Objet

La mutuelle a pour objet, au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires, de gérer des réalisations sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :
- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Centres de santé délègue, par convention, partie de sa gestion à la MGEN.

Chapitre 2
Conditions d'admission, de démission et de résiliation

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis à l'article 7.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents individuels

Seuls les membres participants de la MGEN définis aux articles 7 à 10 et 18-1° des statuts de la MGEN sont membres particpants de MGEN Centres de santé.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Centres de santé, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 8 des présents statuts, à ce titre, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 8 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de la MGEN, prévus aux articles 11 et 18-1° des statuts de la MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Centres de santé.

Article 9 - Conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 12 et 19 des statuts de la MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation

Article 10 - Démission, suspension et résiliation

Les conditions de démission, de suspension des garanties et de résiliation pour non paiement de la cotisation ou pour sortie du champ de recrutement applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 13 à 17 des statuts de la MGEN.

Toute démission, suspension des garanties ou résiliation de MGEN Centres de santé entraîne démission, suspension des garanties ou résiliation de l'adhésion à la MGEN.

Titre 2
Administration de la mutuelle

Chapitre 1
Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 11 - Composition

Les adhérents de la MGEN, de MGEN Action sanitaire et sociale et de MGEN Vie étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Centres de santé, il est procédé aux termes des articles 24 et 25 des statuts de la MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 12 - Convocation et ordre du jour

I. L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

II. Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités de section, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 13 - Règles de quorum et de majorité

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 17, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre total de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2. Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3. Les décisions visées au 1. du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 14 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 13.1 et 13.3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 15 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

a) les modifications des statuts,

b) les activités exercées par la mutuelle,

c) le montant des droits d'entrée,

d) les montants ou taux de cotisations,

e) les prestations offertes,

f) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,

g) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

h) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,

i) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,

j) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

k) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

l) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 16 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

Article 17 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre 2
Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 18 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 18 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1er tour - majorité relative au 2nd tour).

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 19 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65ème anniversaire.

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

4 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 20 - Représentation des salariés

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

1 - Electeurs

Les représentants des salariés de la mutuelle sont élus par les membres titulaires du comité d'établissement et les délégués du personnel titulaires, en fonction au moment du dépôt des candidatures.

Chaque électeur dispose d'une voix. En cas de cumul de mandats de représentant élu au comité d'établissement et de délégué du personnel, le titulaire indique en quelle qualité il prend part au vote. Dans cette hypothèse, le titulaire et le suppléant de la fonction qui n'a pas été choisie, participent au vote.

2 - Candidatures

Les candidatures sont individuelles.

Peuvent être candidats les salariés remplissant les conditions suivantes :

- sous contrat à durée indéterminée ayant au moins un an d'ancienneté au moment de l'élection,
- âgés de plus de 18 ans,
- n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du Code électoral.

3 - Élections

Le vote a lieu à bulletin secret au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Les deux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix sont élus pour 5 ans.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus ancien dans un emploi au sein de la mutuelle.

4 - Vacance

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix immédiatement après les représentants élus.

5 - Obligation de discrétion

Les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion, notamment à l'égard des questions présentées comme telles par le président de séance.

6 - Incompatibilités

Les fonctions de représentant des salariés au conseil d'administration sont incompatibles avec l'exercice d'une fonction de représentation de l'organisme employeur dans quelque délégation que ce soit.

Article 21 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation.

Section 2 - Réunions

Article 22 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 23 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 24 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 25 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions

Article 26 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- approuve annuellement un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle ;
- établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 27 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

Chapitre 3
Président et bureau

Section 1 - Élection, composition

Article 28 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 29 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

- un président,
- un vice-président,
- un ou plusieurs vice-présidents délégués.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 30 - Le président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique. Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

Chapitre 4
Organisation des sections de la mutuelle

Article 31 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à la MGEN.

Article 32 - Assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour. Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

Chapitre 5
Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 33 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :
- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 34 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :
- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds Règles de sécurité financière

Article 35 - Modes de placement

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 36 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Chapitre 6
Fonctionnaires détachés à MGEN Centres de santé

Article 37 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Centres de Santé fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social gérés par elle.

Titre 3
Obligation de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1
Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 38 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) des mutuelles. La signature du bulletin unique d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 39 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de la cotisation et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Chapitre 2
Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 40 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.



Titre 1
Règles générales applicables

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Centres de santé sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Centres de santé, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé. A ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN s'imposent à eux, à l'exclusion de ceux ayant adhérer au règlement mutualiste ***M**GENERATION Initiale*.

Article 3 - Dispositions particulières

Les activités mentionnées au titre 2 du présent règlement sont des services d'action sociale, relevant de l'article L. 111.1–I–3 du Code de la mutualité.

Titre 2
Réalisations sanitaires et sociales

Article 4 - Centres de santé et d'optique

MGEN Centres de santé administre et gère cinq centres de santé et un centre d'optique :

- Centre de santé de Lyon,
  44 rue Feuillat, 69424 Lyon cedex 3
- Centre de santé de Nancy,
  6 rue Désilles, 54000 Nancy
- Centre de santé de Nice,
  17 rue Robert Latouche, 06200 Nice
- Centre de santé de Paris,
  178 rue de Vaugirard, 75015 Paris
- Centre de santé de Strasbourg,
  4 place du Pont-aux-Chats, 67085 Strasbourg cedex
- Centre d'optique de Paris,
  10 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon, 75015 Paris

Article 5 - Conditions d'accès

Les centres de santé et d'optique sont ouverts aux membres participants de la mutuelle et à leurs bénéficiaires, ainsi qu'à tous les assurés sociaux.

Titre 3
Cotisations

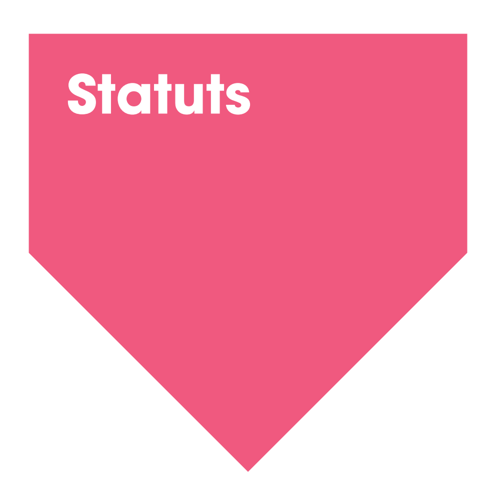
Article 6

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Centres de santé au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN Vie



Titre 1
Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1
Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Vie a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002.

MGEN Vie est agréée par l'arrêté du ministre chargé de la Mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max - Hymans (15e arrondissement).

Article 3 - Objet

La mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires, d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie par :

- le versement d'une prestation spécifique en cas de naissance d'enfant(s) (branche 21),
- le versement ou la proposition de prestations en cas de décès (branche 20).

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires et sociales.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Vie délègue, par convention, partie de sa gestion à la MGEN.

MGEN Vie autorise la MGEN à subdéléguer, en application de l'article L. 116-3 du Code de la mutualité, tout ou partie de la gestion des adhésions, cotisations et prestations des contrats collectifs qu'elle conclut.

Chapitre 2
Conditions d'admission, de démission et de résiliation

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis aux articles 7 et 8.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents individuels

7-1. Les membres participants de la MGEN définis aux articles 7 à 10 et 18-1° des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Vie.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Vie, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 9 des présents statuts, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement mutualiste 1.

7-2. Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Étrangères (MAE), définis à l'article 18-2° des statuts de la MGEN, sont membres participants de MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste 2.

Article 8 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhèrent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion

obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :
- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivant au domicile,

des personnes physiques susmentionnées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :
- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

Article 9 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de la MGEN, prévus aux articles 11 et 18-1° des statuts de la MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Vie.

Article 10 - Conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 12 et 19 des statuts de la MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation

Article 11 - Démission, suspension et résiliation

Les conditions de démission, de suspension des garanties et de résiliation pour non paiement de la cotisation ou pour sortie du champ de recrutement applicables aux membres participants de MGEN Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 13 à 17 des statuts de la MGEN.

Toute démission, suspension des garanties ou résiliation de MGEN Vie entraîne démission, suspension des garanties ou résiliation de l'adhésion à la MGEN.

Titre 2
Administration de la mutuelle

Chapitre 1
Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 12 - Composition

Les adhérents de la MGEN, de MGEN Action sanitaire et sociale et MGEN Centres de santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Vie, il est procédé aux termes des articles 24 et 25 des statuts de la MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 13 - Convocation et ordre du jour

I. L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :
- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

II. Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités de section, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 14 - Règles de quorum et de majorité

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 18, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre total de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2. Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3. Les décisions visées au 1. du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 15 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 14.1 et 14.3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 16 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

a) les modifications des statuts,

b) les activités exercées par la mutuelle,

c) le montant des droits d'entrée,

d) les montants ou taux de cotisations,

e) les prestations offertes,

f) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,

g) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

h) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,

i) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,

j) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

k) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

l) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

m) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

n) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R. 115-6 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 17 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

Article 18 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre 2
Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 19 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1er tour - majorité relative au 2nd tour).

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 20 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65ème anniversaire.

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

4 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 21 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation.

Section 2 - Réunions

Article 22 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 23 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 24 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 25 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions

Article 26 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- approuve annuellement un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle ;
- établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 27 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

Chapitre 3
Président et bureau

Section 1 - Élection, composition

Article 28 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 29 - Composition du bureau

Le bureau comprend au maximum 4 membres et se compose de la manière suivante :

- un président,
- un vice-président,
- un ou plusieurs vice-présidents délégués.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 30 - Le président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

En cas de décès, de démission et de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

Chapitre 4
Organisation des sections de la mutuelle

Article 31 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à la MGEN.

Article 32 - Assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour.

Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

Chapitre 5
Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 33 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :
- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 34 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :
- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds Règles de sécurité financière

Article 35 - Modes de placement

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Article 36 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 3 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 14-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 37 - Marge de solvabilité

La marge de solvabilité dont doit disposer la mutuelle est constituée conformément à la réglementation en vigueur.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 38 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Section 4 - Comité d'audit

Article 39 - Comité d'audit

Il est mis en place un comité d'audit dans les conditions définies à l'article 59 des statuts de la MGEN.

Le comité d'audit est chargé du suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières, et à la maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

Il rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Titre 3
Obligations de la mutuelle envers l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya »

Article 40 - Respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya », telle que définie à l'article L.111-4-2 du code de la mutualité.

A ce titre, la mutuelle s'engage au respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment au respect des dispositions y figurant relatives :
- aux pouvoirs de contrôle de l'UMG, en ce qu'ils obligent la mutuelle à demander l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou à l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies ;
- aux pouvoirs de sanction de l'UMG, lesquels peuvent être mis en œuvre en cas de non respect de tout engagement souscrit par la mutuelle dans le cadre de l'UMG, et peuvent notamment consister en la participation d'un représentant de l'UMG au conseil d'administration et/ou à l'assemblée générale de la mutuelle.

Titre 4
Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1
Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 41 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) des mutuelles. La signature du bulletin unique d'adhésion comporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 42 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de la cotisation et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Chapitre 2
Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 43 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste 1

Garanties relatives à la vie et au décès des membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1 des statuts de la MGEN et de leurs bénéficiaires

Titre 1
Règles générales applicables

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Vie sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Vie, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Vie et, à ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN « Dispositions générales applicables aux membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1 des statuts de la MGEN et à leurs bénéficiaires », s'imposent à eux.

Titre 2
Prestations

Article 3 - Prestation naissance

La mutuelle attribue au membre participant une prestation de 160 euros à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant, admis en qualité de bénéficiaire. La naissance ou le jugement d'adoption plénière intervenu avant l'adhésion du membre participant ne donne pas lieu au versement de la prestation. Cette prestation est annuelle et forfaitaire.

• **Naissance** : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste âgé de moins d'un an au moment de sa mutualisation.

• **Adoption** : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement définitif d'adoption plénière ou, le jugement d'adoption étranger, produisant les mêmes effets que l'adoption française, date de moins d'un an au moment de la demande d'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire.

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 2 ans à compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant, accompagnées des justificatifs suivants :

- Naissance : un extrait d'acte de naissance.
- Adoption : la copie du jugement définitif français d'adoption plénière, ou la copie du jugement étranger accompagnée de sa traduction en français.

Article 4 - Prestation pour frais funéraires

Cette prestation, à caractère de garantie annuelle, a pour objet le remboursement des frais funéraires engagés pour le décès d'un membre participant ou d'un bénéficiaire survenu entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année pour laquelle la cotisation a été acquittée.

Son versement intervient dans la limite des frais engagés à concurrence de 800 €, au bénéfice de la personne qui justifie avoir effectivement supporté les frais d'obsèques.

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 2 ans à compter du décès accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- un extrait de l'acte de décès
- une facture nominative acquittée des frais d'obsèques
- un relevé d'identité bancaire.

Article 5 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

Le membre participant ou le bénéficiaire MGEN adhérant au régime Corem a la faculté d'adhérer à cette garantie destinée à assurer, en cas de décès, un capital à ses proches.

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement (article 8).

Article 6 - Prestation Invalidité Décès (PID)

6-1. Objet

Cette prestation, à caractère de garantie annuelle, a pour objet de garantir au membre participant le paiement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie.

Une prestation complémentaire (accessoire aux garanties décès et PTIA) dite « majoration pour charge de famille » est également prévue lorsque le membre participant a des enfants à charge répondant à certaines conditions. Elle a pour objet de pourvoir à l'entretien et à l'éducation du (ou des) enfant(s).

N'ouvrent pas droit à la PID, au-delà des cas prévus à l'article 2 du règlement mutualiste 2 de la MGEN, les membres participants retraités qui, avant le 1er janvier 1986 ont, soit opté pour une allocation annuelle (versée par l'UMR), soit refusé de bénéficier de la garantie décès ou de l'allocation annuelle, soit n'avaient pu y prétendre.

6-2. Date d'effet et fin de la garantie

La garantie prend effet le jour de la date d'effet de l'adhésion à la MGEN en qualité de membre participant.

Fait générateur :

- la date du décès pour la garantie décès,
- la date de reconnaissance par le médecin conseil de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie (ou d'invalidité permanente et absolue) avec assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes quotidiens de la vie (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

La garantie cesse de produire ses effets :

- pour la garantie PTIA seulement, au 65e anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie décès, dès le paiement du capital au titre de la garantie PTIA,
- à la date à laquelle le membre participant perd la qualité de membre participant.

6-3. Définitions

6-3-1. Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie ouvre droit au versement du capital si le membre participant avant son 65e anniversaire est à la fois :

- dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;
- obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

La PTIA doit être reconnue par le médecin conseil de la mutuelle comme répondant aux deux critères ci-dessus.

6-3-2. Définition de l'enfant à charge

On entend par « enfant à charge » tout enfant satisfaisant au jour du sinistre aux trois conditions énoncées ci-après :

- être mutualiste MGEN,
- être âgé de moins de 20 ans ou bénéficier de l'allocation handicap (telle que prévue au règlement mutualiste de MGEN Action sanitaire et sociale),
- être à la charge effective du membre participant.

6-4. Prestations garanties

6-4-1. Décès et PTIA - Garanties des membres participants actifs

Le capital garanti est égal à 85 % de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des douze mois précédant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

Ce capital est au moins égal à 85 % de l'assiette de la cotisation annuelle afférente à l'indice nouveau majoré 318 de la Fonction publique. Il est proratisé en cas d'activité à temps partiel. L'assiette ne peut être supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond.

Le capital garanti ne saurait être inférieur à 85 % du traitement indiciaire brut.

6-4-2. Décès et PTIA - Garanties des membres participants maintenus

Pour les membres participants maintenus, le capital versé est égal à 15 855 € (montant applicable en 2014).

6-4-3. Décès et PTIA - Garanties des membres participants retraités, versant une cotisation au taux de 3,56 %

6-4-3-1. Membres participants retraités âgés de moins de 65 ans au 1er janvier de l'année au cours de laquelle survient le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie

La prestation garantie est égale à 85 % de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des 12 mois précédant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

Le montant minimum est de 75 % de la prestation minimum prévue pour les membres participants actifs.

Le montant maximum est de 75 % de la prestation maximum prévue pour les membres participants actifs.

6-4-3-2. Membres participants retraités âgés de 65 ans et plus au 1er janvier de l'année au cours de laquelle survient le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie

La prestation est égale à 60 % de la prestation versée aux retraités de moins de 65 ans durant l'année civile du 66e anniversaire du membre participant, puis à 50 %, 40 %, 30 % et 20 % les années suivantes, jusqu'au 31 décembre de l'année du 70e anniversaire.

Au cours de ces cinq ans, le minimum est égal à 150 % de la prestation forfaitaire prévue pour les retraités de plus de 70 ans.

6-4-3-3. Membres participants retraités âgés de 70 ans et plus au 1er janvier

La prestation est forfaitaire d'un montant de 1 755 €.

6-4-4. Majoration pour charge de famille

Cette prestation correspond pour chacun des enfants à charge à une somme égale à 25 % du traitement brut annuel correspondant à l'indice nouveau majoré 821 de la Fonction publique.

6-5. Bénéficiaires des prestations garanties

6-5-1. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Les prestations sont versées au membre participant.

Le versement des prestations au titre de la perte totale et irréversible libère MGEN Vie de toute obligation lors du décès ultérieur de ce dernier. Il met donc fin à la garantie « décès ».

6-5-2. En cas de décès

6-5-2-1. Bénéficiaires

Lorsque le membre participant a désigné un ou plusieurs bénéficiaires, les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

A défaut de désignation expresse, les prestations sont versées :

- au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, au pacsé de l'assuré,
- à défaut, au concubin notoire de l'assuré,
- à défaut, et par parts égales, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1er degré de l'assuré,
- à défaut, à la MGEN.

Lorsque le bénéficiaire de la prestation est mineur, celle-ci est versée sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

Le(la) concubin(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu en concubinage avec le membre participant décédé jusqu'au moment du décès de celui-ci. Le(la) concubin(e) doit fournir pour cela au moins deux documents de nature différente.

6-5-2-2. Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par le membre participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'au membre participant. Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la mutuelle que si elle lui a été notifiée.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du membre participant. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

6-5-3. En cas de majoration pour charge de famille

Les bénéficiaires sont les enfants à charge. La prestation est versée :

- aux enfants eux-mêmes, lorsqu'ils sont majeurs et âgés de 18 à 20 ans, ou lorsqu'ils sont majeurs et en situation de handicap,
- lorsqu'ils sont mineurs, sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

6-6. Risques exclus

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la mutuelle les conséquences :

- du suicide ou d'un fait intentionnel du membre participant dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant dès lors qu'il a été condamné pénalement. Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres bénéficiaires,

- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

6-7. Modalités de gestion et de justification des sinistres

6-7-1. Demande de prestations

La demande de prestations doit indiquer précisément l'identité du membre participant ; elle est appuyée par les justificatifs définis ci-après.

En ce qui concerne le risque de perte totale et irréversible d'autonomie, les demandes de prestations ne sont recevables que dans les six mois suivant la survenance du sinistre au titre duquel elles sont présentées.

Cette disposition ne sera pas appliquée si MGEN Vie ne subit pas de préjudice du fait du retard de déclaration. Il en va de même si le membre participant peut justifier que le retard est dû à un cas fortuit ou à un cas de force majeure.

6-7-2. Justifications en cas de décès

En cas de décès, doivent être produits à l'appui de la demande :

- un extrait de l'acte de décès ou une fiche d'état civil en tenant lieu,
- un certificat médical indiquant si la cause de décès est ou n'est pas naturelle,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

6-7-3. Justifications en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) doivent être produits à l'appui de la demande :

- un certificat médical attestant que la PTIA met le membre participant dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'elle l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- une copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3e catégorie,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Titre 3
Cotisations

Article 7

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Vie au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

Titre 4
Annexes au règlement mutualiste

Article 8 - Notice d'information Garantie décès additionnelle au régime Corem

Le présent document constitue la notice d'information de l'adhésion individuelle à la garantie décès additionnelle au régime Corem.

Elle est régie par la loi française et plus particulièrement par les dispositions du Code de la mutualité.

La garantie additionnelle au Corem est une adhésion individuelle d'assurance sur la vie en cas de décès, annuelle avec tacite reconduction.

La garantie prévoit le versement d'un capital à un bénéficiaire désigné par le membre participant, correspondant à la somme des versements bruts effectués par le membre participant sur le Corem. Elle est définie aux articles 1 à 8 de la présente notice. Le contrat ne prévoit pas de participation aux excédents. Il est sans faculté de rachat.

Les modalités de désignation du bénéficiaire sont définies aux articles 4 et 6.

Des conseils et informations complémentaires figurent en annexe.

Le membre participant peut librement effectuer une désignation de bénéficiaire par acte authentique ou sous seing privé.

S'il n'a pas effectué de désignation, la prestation est versée à son conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut, à son partenaire au titre d'un PACS, à défaut, à son concubin, à défaut, et par parts égales, à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut, et par parts égales, à ses ascendants au 1er degré, à défaut, et par parts égales, à ses héritiers.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du membre participant sur certaines dispositions essentielles de la notice d'information. Il est important que le membre participant lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion (article L. 223-8 du Code de la mutualité).

• Lexique

Le membre participant : Personne qui adhère à la garantie décès additionnelle au Corem et acquiert la qualité de membre participant de MGEN Vie au sens du Code de la mutualité.

Le Corem : Régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 442 294 856, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : Personne qui a adhéré à la MGEN (en application des statuts de la MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris), et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par la MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : Personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par la MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire enfant MGEN : Enfant du membre participant qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, s'il est âgé de plus de 18 ans bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par la MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

• Garantie

Article 1 - Adhésion à la garantie - Objet

La garantie décès additionnelle au Corem, prévue à l'article 5 du règlement mutualiste de MGEN Vie, a pour objet de garantir le paiement d'un capital en cas de décès du membre participant survenant en période de garantie. L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN,

bénéficiaires conjoints MGEN et aux bénéficiaires enfants âgés de plus de 18 ans ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans. Ils acquièrent ainsi la qualité de membres participants de MGEN Vie.

Article 2 - Définition de la garantie Montant de la prestation

La garantie prévoit le versement, en cas de décès, d'une prestation en capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant.

Le montant de la prestation est égal à la totalité des versements bruts effectués par le membre participant sur le Corem, entre la date d'effet de son adhésion à la présente garantie et la date de son décès, et sur lesquels une cotisation au titre de la garantie a été acquittée.

Toutefois, en cas d'arrêt des versements au Corem, si le membre participant souhaite maintenir sa garantie dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article 9, le montant de la prestation ne prendra pas en compte les rachats de cotisations défiscalisées permis par le Corem, relatifs à cette période de cotisation.

La garantie, ayant la nature d'un contrat d'assurance temporaire en cas de décès, est dépourvue de valeur de rachat.

Article 3 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion à la Garantie prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de la demande d'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1er janvier.

Un délai d'attente d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie, sauf en cas de décès accidentel du membre participant. Toute survenance du risque pendant ce délai ne donne pas lieu à versement de la prestation.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant, et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

N'est pas considérée comme « accident », la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une intervention chirurgicale non consécutive à un accident.

Article 4 - Bénéficiaires de la prestation

Lorsque le membre participant a effectué une désignation particulière de bénéficiaires, la prestation est versée au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

Si le membre participant n'a pas effectué de désignation expresse, la prestation est versée en application de la clause bénéficiaire par défaut suivante :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, à son partenaire au titre d'un PACS,
- à défaut, à son concubin,
- à défaut, et par parts égales, à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, à ses ascendants au 1er degré,
- à défaut, et par parts égales, à ses héritiers.

Toute révocation légalement prévue, entraînera le retour à la clause bénéficiaire par défaut prévue au présent article.

Le membre participant a la charge d'informer la mutuelle de tout évènement affectant la désignation de bénéficiaire.

Article 5 - Cessation de la Garantie

Le droit à Garantie cesse à la date de survenance d'un des évènements suivants :

- la liquidation des droits à rente du Corem et au plus tard au 65e anniversaire du membre participant,
- la résiliation de la Garantie par le membre participant,
- le non paiement des cotisations conformément à l'article 10,
- le décès du membre participant.

Article 6 - Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par le membre participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'au membre participant. Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la mutuelle que si elle lui a été notifiée. Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du membre participant à la garantie. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

Article 7 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

En cas de décès du membre participant, un dossier de demande de prestation devra être ouvert auprès de la section départementale du membre participant, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- un extrait de l'acte de décès ou une copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date du décès du membre participant,
- toute pièce permettant de justifier la qualité du bénéficiaire (pièce d'identité, livret de famille, acte de mariage...),
- un certificat médical mentionnant les causes du décès,
- si le décès intervient durant la première année d'adhésion, toute pièce justifiant que le décès résulte d'un accident tel que le rapport de police ou de gendarmerie.

Article 8 - Risques exclus

Le décès résultant des faits suivants n'est pas garanti :

- le suicide ou un fait intentionnel causé ou provoqué par le membre participant au cours de la première année de l'adhésion,
- le meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant dès lors qu'il a été condamné pénalement. Toutefois, la Garantie produit ses effets au profit des autres bénéficiaires,
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

• Cotisations

Article 9 - Montant de la cotisation

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 5,79 %.

Le membre participant a la possibilité de s'acquitter de sa cotisation annuelle sous la forme d'un versement unique ou sous la forme de 12 versements mensuels, conformément à la périodicité choisie pour les cotisations versées au Corem.

En cas d'arrêt des versements de cotisation au Corem, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations au Corem des trois dernières années civiles. Ce taux est fixé à 5,79 %. La moyenne des cotisations annuelles, définie comme assiette des cotisations, ne prend pas en compte les rachats de cotisations défiscalisées permis par le Corem.

Article 10 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance

pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 11 - Délai et modalités de renonciation à l'adhésion

Toute personne qui a adhéré à la garantie a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que son adhésion a pris effet, en application de l'article 223-8 du Code de la mutualité.

En cas d'exercice de cette faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie est annulée. La mutuelle restitue, dans un délai de trente jours calendaires, à compter de la réception de la lettre de renonciation, l'intégralité des sommes versées par le membre participant au titre de son adhésion à la garantie.

La renonciation peut être faite par l'envoi, à l'UMR-Centre de gestion MGEN-BP 7322 - 44032 Nantes cedex 1, d'un courrier reprenant les termes suivants : « ***Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à la garantie décès additionnelle au Corem. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion à cette garantie, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente*** ».

Article 12 - Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR - Centre de gestion MGEN - BP 7322 - 44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 13 - Information des membres participants et modification du contrat

En application de l'article 43 des statuts de MGEN Vie, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la(ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 14 - Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'on ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans pour le bénéficiaire.

Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article 15 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser, par lettre simple, au service réclamations de la section départementale dont il relève.

Après épuisement de toutes procédures de traitement des réclamations, le membre participant peut saisir le Médiateur MGEN, en adressant sa demande à : MGEN - Médiation - 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

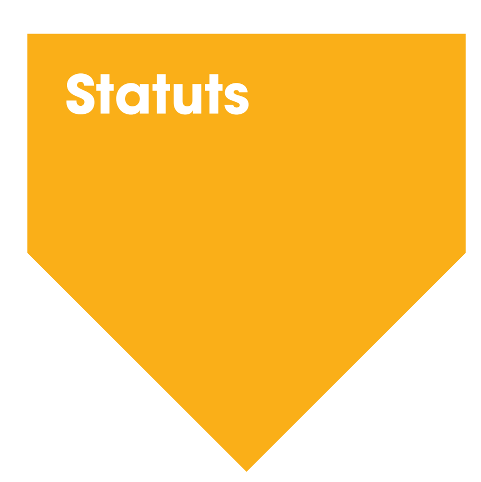
Article 16 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L' Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, (ACPR), 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN Vie.

Article 17 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

MGEN Filia



Titre 1
Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1
Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Filia a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 5 juillet 2001.

Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588.

MGEN Filia est agréée par l'arrêté du Ministre chargé de la mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max-Hymans (15e arrondissement).

Article 3 - Objet

La mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
- de réaliser des opérations d'assistance aux personnes (branche 18),
- d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap.

Elle peut également mettre en œuvre une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Pour poursuivre ce même objectif, elle peut également conclure des conventions avec d'autres mutuelles ou unions afin de leur faire bénéficier d'une action sociale ou de l'accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Filia délègue, par convention, l'intégralité de sa gestion à la MGEN.

MGEN Filia autorise la MGEN à subdéléguer, en application de l'article L. 116-3 du Code de la mutualité, tout ou partie de la gestion des adhésions, cotisations et prestations des contrats collectifs qu'elle conclut.

Chapitre 2
Conditions d'admission, de démission et de résiliation

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis aux articles 7 et 8.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents individuels

1. Les membres participants de la MGEN définis aux articles 7 à 10 et 18-1° des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Filia. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants, tels que définis au 1. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 1.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 ne leur sont pas applicables.

2. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de la MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1.,
- bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2. du présent article, ainsi que leurs bénéficiaires, bénéficient à ce titre des prestations définies au règlement 2. Ils peuvent également bénéficier des prestations définies au règlement 3.

Les dispositions des présents statuts des articles 9 à 18 leur sont applicables.

2 bis. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- avoir été bénéficiaire conjoint d'un membre participant MGEN,
- avoir démissionné de la MGEN dans le cadre de l'adhésion à un dispositif conventionnel collectif extérieur au groupe MGEN,
- être bénéficiaire d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2 bis du présent article, bénéficient à ce titre des prestations définies au règlement 2. Ils peuvent également bénéficier des prestations définies au règlement 3.

Les dispositions des présents statuts de l'article 9 et des articles 13 à 18 leur sont applicables.

3. Par dérogation aux 2. et 2bis. du présent article, peuvent également adhérer à la mutuelle les fonctionnaires et agents, titulaires et non-titulaires, et les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, dans le cadre du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application qui organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

Les membres participant, tels que définis au 3. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 4 et/ou au règlement 5.

MGEN Filia proposera ces règlements mutualistes 4 et 5 aux fonctionnaires et agents des départements et des régions et de leurs établissements publics rattachés, ainsi qu'aux fonctionnaires et agents territoriaux concourant au service public d'éducation.

4. Sont également considérés comme membres participants les personnes ayant adhéré à l'offre Espace Bienvenue (règlement mutualiste 6) au plus tard le 31 décembre 2012.

5. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de la MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1.,
- ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 5. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 7.

Les dispositions des présents statuts des articles 9 à 18 leur sont applicables.

Article 8 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhèrent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :

- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivants au domicile,

des personnes physiques susmentionnées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

Article 9 - Adhésion

Peuvent acquérir à titre individuel la qualité de membre participant de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 7.2 ou 7.2 bis et 7.3 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion à la date où le dossier, complet et signé du candidat à l'adhésion, a été réceptionné par MGEN Filia.

L'adhésion du membre participant n'est recevable qu'à compter du premier janvier de l'année suivant son 18e anniversaire.

Toutefois, à sa demande et sans l'intervention de son représentant légal, le mineur de plus de seize ans peut être membre participant de la mutuelle.

Article 10 - Bénéficiaires

1. Opérations individuelles

1.1. Offre Efficience Santé

Un enfant est considéré comme « bénéficiaire » d'un membre participant, dès lors que la mutuelle a accepté la demande d'extension de la couverture familiale formulée par le membre participant.

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 18e anniversaire sous la condition que ce bénéficiaire enfant soit ayant droit Sécurité sociale.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

1.2. Offre Espace Bienvenue

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin vivant à son domicile et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire conjoint.

Le membre participant peut également étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire conjoint ou bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

2. Opérations collectives

Le contrat collectif définit les bénéficiaires et les modalités d'extension de la couverture familiale à ceux-ci. En l'absence de disposi-

tions spécifiques au sein dudit contrat, les dispositions prévues aux articles 10-1, 12 et 13 des présents statuts s'appliquent.

Article 11 - Mineurs de plus de seize ans

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Article 12 - Acquisition de la qualité de membre participant par le bénéficiaire enfant

Le bénéficiaire enfant devient membre participant au 1er janvier de l'année suivant son 18e anniversaire, dans les conditions applicables à tout membre participant.

Article 13 - Date d'effet de l'adhésion et de l'extension de la couverture familiale

L'adhésion à la mutuelle et l'extension de la couverture familiale aux bénéficiaires du membre participant prennent effet au 1er jour :

- du mois de la demande,
- ou d'un mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de quatre mois à compter de la demande.

Section 2 - Démission et résiliation

Article 14 - Démission

1. Démission à effet du 1er janvier

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1er janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

A défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1er janvier.

2. Démission en cours d'année

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle.

La démission prend effet à partir du 1er jour du 4e mois suivant la réception de la demande de démission.

Dans l'hypothèse où le membre participant met fin à son adhésion dans le cadre de la souscription d'un contrat groupe obligatoire, la démission prend effet à partir du 1er jour du mois suivant la réception de la demande de démission, dès lors que cette demande intervient dans les trois mois suivant la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

Article 15 - Résiliation

1. Résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les mêmes modalités que la démission.

2. Résiliation pour sortie du champ de recrutement

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, il sera mis fin à l'adhésion par la mutuelle.

La résiliation prend effet le 1er jour du 2e mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 16 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non-paiement des cotisations

1. Suspension

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

2. Résiliation

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Article 17 - Réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 18 - Conséquences de la démission et de la résiliation

La démission et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 15-2° des présents statuts.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, sous réserve des dispositions relatives à la forclusion, prévues aux règlements mutualistes.

Titre 2
Administration de la mutuelle

Chapitre 1
Assemblée générale

Section 1 - Composition et élection

Article 19 - Composition

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Une section de vote par département regroupe les membres participants dudit département. En outre, une section de vote est prévue pour les membres participants qui ne sont pas rattachés à une section de vote départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs ou le lieu de résidence pour les retraités est situé à l'étranger ou dans les territoires d'outre mer.

Article 20 - Élection des délégués

Les membres participants de chaque section de vote élisent pour deux ans un délégué titulaire et un délégué suppléant.

Les effectifs pris en compte par section de vote sont comptabilisés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Chaque délégué dispose dans les votes à l'assemblée générale, d'un nombre de voix calculé selon les modalités suivantes 1 000 voix par 1 000 ou fraction de 1 000 adhérents.

1 - Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale sont recueillies au cours de la réunion du comité de section dont l'ordre du jour comporte la préparation des élections.

Peuvent être candidats :

- Les membres du comité de section ;
- Les détachés auprès de la MGEN exerçant leur activité à la section.

Aucune candidature n'est recevable après cette réunion du comité de section.

2 - Modalités d'élections

Pour les sections départementales, cette élection a lieu en assemblée générale de section de vote dont la date est arrêtée par le comité de section dans le cadre des instructions du conseil d'administration.

Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Dans le cas où plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Les membres empêchés ont la possibilité de voter par correspondance avant l'assemblée générale de section de vote. Pour se faire, ils doivent retirer un bulletin de vote au siège de la section. Les votes par correspondance sont comptabilisés avec les votes émis en assemblée générale de section.

Les modalités pratiques concernant les élections des délégués sont précisées par les instructions du conseil d'administration.

Article 21 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat par décès ou démission d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 20.

En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 22 - Convocation et ordre du jour

I. L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

II. Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités de section, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 23 - Règles de quorum et de majorité

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 27, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2. Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3. Les décisions visées au 1. du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 24 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 23.1 et 23.3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 25 - Compétences

L'assemblée générale élit les membres du conseil d'administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

a) les modifications des statuts ;

b) les activités exercées par la mutuelle ;

c) le montant des droits d'entrée ;

d) les montants ou taux de cotisations ;

e) les prestations offertes ;

f) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union ;

g) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;

h) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité ;

i) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;

j) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;

k) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe ;

l) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées ;

m) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes ;

n) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du code de la mutualité ;

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 26 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

Article 27 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'une année.

Chapitre 2
Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 28 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 15 membres .

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1er tour - majorité relative au 2nd tour).

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 29 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65e anniversaire.

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

4 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 30 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation.

Section 2 - Réunions

Article 31 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 32 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 33 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 34 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions

Article 35 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- approuve annuellement un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle ;
- établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 36 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM,

Chapitre 3
Président et bureau

Section 1 - Élection, composition

Article 37 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 38 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres et se compose de la manière suivante :

- un président,
- un vice-président,
- un ou plusieurs vice-présidents délégués.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 39 - Président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

Chapitre 4
Organisation des sections de la mutuelle

Article 40 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle, adhérents à titre individuel ou à titre collectif, sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote du lieu de leur domicile.

Article 41- Correspondant départemental

Sous la responsabilité du conseil d'administration, un correspondant est désigné dans chaque département pour une durée de 1 an.

En cas de vacance de poste d'un correspondant et quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine réunion du conseil d'administration qui procèdera à la désignation du nouveau correspondant.

Le conseil d'administration peut déléguer annuellement partie de ses pouvoirs aux correspondants départementaux.

Chapitre 5
Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 42 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 1,
- les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 2,
- les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 4,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Article 43 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière

Article 44 - Modes de placement

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Article 45 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 23-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 46 - Marge de solvabilité

La marge de solvabilité dont doit disposer la mutuelle est constituée conformément à la réglementation en vigueur.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 47 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme, le cas échéant, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 255-219 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

Il est mis en place un comité d'audit dans les conditions définies à l'article 59 des statuts de la MGEN.

Le comité d'audit est chargé du suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières, et à la maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

Il rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Titre 3
Obligations de la mutuelle envers l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya »

Article 49 - Respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya », telle que définie à l'article L. 111-4-2 du Code de la mutualité.

A ce titre, la mutuelle s'engage au respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment au respect des dispositions y figurant relatives :

- aux pouvoirs de contrôle de l'UMG, en ce qu'ils obligent la mutuelle à demander l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou à l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies ;
- aux pouvoirs de sanction de l'UMG, lesquels peuvent être mis en œuvre en cas de non respect de tout engagement souscrit par la mutuelle dans le cadre de l'UMG, et peuvent notamment consister en la participation d'un représentant de l'UMG au conseil d'administration et/ou à l'assemblée générale de la mutuelle.

Titre 4
Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1
Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 50 - Respect des statuts et règlements

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Les modifications des statuts et des règlements décidées par l'assemblée générale s'imposent aux adhérents dès lors qu'elles ont été portées à leur connaissance.

Article 51 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de sa cotisation et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Chapitre 2
Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 52 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlements(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée

adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Article 53 - Maxima des remboursements

Le remboursement des dépenses de maladie de la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective du mutualiste.

Article 54 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la mutuelle.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées pour les prestations dues au titre de l'article 53, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Règlement mutualiste 1

Assistance des membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1 des statuts de la MGEN et de leurs bénéficiaires

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 7-1 des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7-1 des statuts de MGEN Filia, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Filia. A ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN s'imposent à eux, à l'exclusion de ceux ayant adhéré au règlement mutualiste ***M****GENERATION Initiale.*

Chapitre 1 Prestations

Article 3 - Service d'aide à domicile

3-1 - Nature de la prestation

La prestation est versée au membre participant et au bénéficiaire conjoint retraités classés en groupe iso-ressources 5 (GIR 5) en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n° 2008-821 du 21 août 2008 (ou assimilés au GIR 5 par le médecin conseil de la mutuelle) ou actifs en arrêt de travail, et qui ne bénéficient pas à ce titre de la prestation Dépendance totale ou Perte temporaire d'autonomie.

Les personnes relevant du GIR 5 sont celles qui assurent seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules mais qui peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

La prestation se caractérise par deux types d'interventions réalisées par des organismes conventionnés avec MGEN Filia :

- une aide ménagère,
- une travailleuse familiale.

3-2 - Modalités et critères d'attribution

La prestation est attribuée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré de l'intervention du service d'aide à domicile.

Aucune prestation ne peut être attribuée pour des interventions sans accord préalable de la mutuelle.

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir toutefois excéder 20 heures par mois.

La prestation est attribuée par période d'un mois à un an.

3-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 5 € par heure.

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale : 8 € par heure.

Article 4 - Complément d'action sociale

Au-delà des prestations d'aide à domicile prévues à l'article 3 du présent règlement, un complément d'action sociale peut être accordé par MGEN Action sanitaire et sociale.

Article 5 - Service d'aide à domicile - Dépendance totale

5-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile. Elle concerne le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint, bénéficiaire de la rente Dépendance Totale et maintenu à domicile.

5-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale.

5-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

5-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 1 an, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation Dépendance Totale.

Article 6 - Service d'aide à domicile Perte temporaire d'autonomie

6-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint bénéficiaire de la prestation Perte temporaire d'autonomie.

6-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale.

6-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

6-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie.

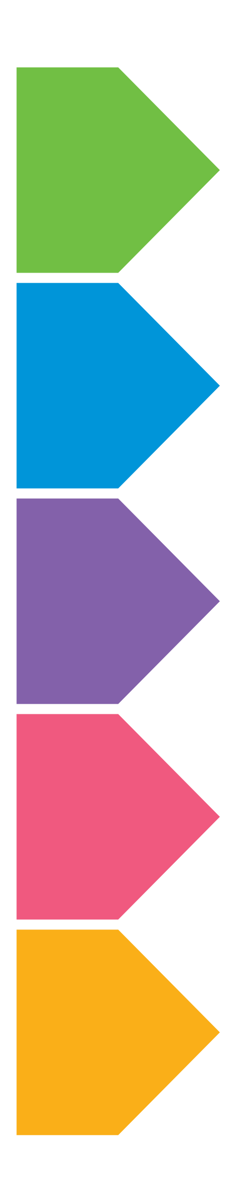
Chapitre 2 Cotisation

Article 7

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Filia au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.





MGEN : 3, Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15
mgen.fr